Parijs 1972

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1972

THÈSE

N° 70 1

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

FENARD Jean

Né le 23 Janvier 1945 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONSIDERATIONS SUR LES PREMATURES ET LEUR AVENIR

Président : Monsieur P. ROYER Professeur

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE NECKER_ENFANTS MALADES

Année 1972 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

FENARD Jean

Né le 23 Janvier 1945 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONSIDERATIONS
SUR LES
PREMATURES ET LEUR AVENIR

Président : Monsieur P. ROYER Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur ROYER

Avec toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider à notre soutenance .

A Messieurs les Professeurs

Membres de notre Jury

En remerciement de l'intéret
qu'ils ont bien voulu porter
à ce travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543516_0133

A mes PARENTS

Pour témoigner de tout ce qu'ils m'ont apporté, ce modeste reflet de mon immense affection.

A ma FAMILLE

A mes AMIS

A tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail.

A Monsieur le DOCTEUR BRETAGNE

Chef du Service de Pédiatrie

du Centre Hospitalier de Lorient

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse

Avec toute notre gratitude pour l'aide qu'il a bien voulu nous porter et la cordialité de son accueil.

CONSIDERATIONS SUR LES PREMATURES

ET

LEUR AVENIR

Depuis une vingtaine d'années, la prématurité et ses problèmes ont pris une importance considérable dans la médecine.

Il nous a ainsi paru intéressant d'entreprendre l'étude du devenir des prématurés dans le service du Docteur Bretagne, Pédiatre de l'Hôpital de Lorient.

Devant l'ampleur et l'ambition d'un tel projet, nous avons décidé de choisir une année témoin. Cette restriction volontaire permet une étude plus caractérisée de la population d'enfants ainsi choisie. En effet, le recrutement lorientais, du fait de la vocation multiple de cette ville, est extrêment diversifié et recouvre la quasi totalité de la population régionale bretonne.

Ce travail n'a donc, comme ambition que de contribuer, autant que faire se peut, à l'établissement d'une statistique du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Lorient et à dresser un bilan en moyenne un an et demi après la sortie des enfants du service, tant sur le plan staturo-pondéral que sur le plan psychomoteur.

DEFINITION DU PREMATURE

Devant l'importance prise par la médecine infantile, l'Assemblée Mondiale de la Santé décidait à un congrès de codifier la prématurité. Ainsi, la définition de 1948 était :

" tout nouveau-né au poids de naissance ne dépassant pas 2 500 grammes ". On s'aperçut rapidement que cette définition uniquement basée sur un critère pondéral était insuffisante, car ne tenant pas compte de tous les aspects de prématuré.

En effet, étaient exclus du cadre des prématurés, les enfants nés avant terme mais pesant plus de 2 500 grammes ; et la distinction entre"prématurité " et " dysmaturité", (enfant né à terme pesant moins de 2 500 grammes) , n'était pas faite.

On tendrait à proposer maintenant comme définition la concordance,

1- d'une durée de vie foetale abrégée (- de 39 semaines),

2- d'un faible poids (- de 2 500 gr.) et d'une taille insuffisante (- de 46 cm à la naissance

3- d'une série de défauts anatomiques, biologiques, physiologiques et cliniques.

Enfin, certains auteurs proposent que l'on parte d'une exploration clinique rigoureuse de la maturité neurologique reposant sur :

1- le comportement global évolutif,

2- la qualité progressive du tonus musculaire (évolution caudo-céphalique).

3- la perfectibilité des réflexes primaires (évolution céphalo-caudale).

Nous nous en tiendrons ici à la définition communément admise , par raison de commodité.

PHYSIO PATHOLOGIE DE LA PREMATURITE

Les différents aspects de l'immaturité du prématuré jouant un grand rôle dans son devenir, nous passerons brièvement en revue la physiologie du prématuré.

1- APPAREIL RESPIRATOIRE

Le prématuré du fait de sa naissance précoce est insuffisamment préparé au passage brusque de la vie aquatique à la vie atmosphérique et ceci en raison de l'immaturité de ses structures anatomiques, d'une part, et de ses fonctions respiratoire, d'autre part.

Structure respiratoire

Le lent passage du stade canalaire au stade alvéolaire s'effectue, en effet, progressivement à partir du cinquième mois.

L'irrigation du poumon foetal est donc médiocre tant à cause des cloisons intercanalaires épaisses, d'un mésenchyme dense dans lequel on note une surcharge glycogénique importante, que du fait de la structure immature des artères pulmonaires : paroi épaisse, lumière étroite.

Fonctions physiologiques respiratoires

Le liquide baignant les alvéoles pendant la vie

foetale, contient principalement une substance riche en lécithine qui semble n'être synthétisé activement qu'au cours du sixième mois, le Surfactant, celui-ci empêche l'accolement des parois alvéolaires et l'atelectasie en diminuant la tension superficielle intra-alvéolaire.

Ainsi, chez le tout jeune prématuré, l'absence de surfactant provoque une non augmentation de la compliance, ce qui entraîne un effort musculaire rapidement épuisant chez ce jeune enfant.

Cette anectasie entraîne d'autre part, une ventilation insuffisante qui induit une augmentation de la resistance vasculaire et une stase dans la petite circulation par non augmentation de Pa02, ce qui peut entraîner un shunt gauche-droit par la perméabilité persistante à cet âge du trou de Botal, ainsi que par la béance du canal artériel dont la fermeture est conditionnée par la Pa02.

Enfin, le déroulement de ces mécanismes nécessite un fonctionnement parfait des Centres de commande.

Ces centres sont très sensibles à la Pco_2 et un foetus même petit devrait respirer normalement mais ces centres sont sensibles et peuvent être lézés par une légère hémorragie, un oedème cérébro-méningé ou déprimés par les analgésiques ou les anesthésiques.

Enfin, les hématies foetales ont une plus grande affinité pour l'oxygène, ce qui est gênant au moment de la libération d'02 dans les tissus.

2- THERMOREGULATION

Chez le prématuré, la déperdition calorique l'emporte sur la production de chaleur, le métabolisme basal du prématuré est en effet inférieure à celui du nouveau-né à terme (Gordon - Levine 1936).

Le prématuré fait appel à ses réserves pour dégager la chaleur nécessaire or celles-ci sont minimes : 9 g de glucides chez un prématuré de 2 000 gr. d'après Widdowson.

Le prématuré est donc très sensible au froid.

3- METABOLISME

La portion en eau du foetus, considérable au début , diminue jusqu'au terme de 82,5 % à 1 500 gr. pour 68,8 % à 3 500 gr. La répartition du liquide est également différente (inversion des proportions dans les secteurs extra-cellulaire et intra-cellulaire). Le prématuré a donc une surcharge d'eau extra-cellulaire qui s'exprime par des oedèmes habituels chez lui et d'autant plus marqué que son poids est plus petit.

La chute du poids physiologique est importante de 10 à 20 % .

Le prématuré à sa naissance a tendance à l'acidose et ce même, s'il ne présente aucun trouble apparent.

Il s'agit principalement d'une acidose métabolique compensée en partie par une hyperventilation sans que les mécanismes rénaux aient encore atteint leur maturité.

Protides

chez le prématuré, le taux d'azotémie est un peu plus élevé souvent même au-dessus de 0,50 gl. Elle se normalise en quelques jours et reste ensuite bonne : 0,10 à 0,5 g/l/

On note une hypoprotidémie nette avec des gamma-globulines particulièrement abaissées 2 g % . Cette baisse de protides sanguines favorise l'apparition et la persistance d'oedèmes.

Glucides

à la naissance, le jeune prématuré doit faire face à l'interruption brusque de l'apport glucidique sanguin placentaire avec des réserves de glucose encore plus faibles que le nouveau-né à terme, réserves des plus vulnérables par les conditions génératrices d'anoxie et l'hypothermie si fréquente ; enfin, la néoglycogénèse active et l'imperfection des

régulations hormonales (cortisonique en particulier) expliquent la fréquence de l'hypoglycémie chez le prématuré : taux 0,40 g/l souvent.

Lipides

le prématuré, dans les premiers jours fait surtout appel à ses lipides.

4- CARDIO - VASCULAIRE

Un certain nombre d'imperfections dues à l'immaturité sont présentes dans le systèmes cardio-vasculaire d'un prématuré.

(- On note une persistance du trou de Botal et du canal artériel ce qui peut entraîner une cyanose et un souffle transitoire dus à ce shunt.

Parallèlement, on note une hypoperfusion par immaturité des structures pulmonaires et parfois une hypovolémie mal tolérée.

Les vaisseaux du prématuré sont fragiles, ce qui explique la fréquence des hémorragies pulmonaires et cérébro-méningées.

5- SANG

Chez le prématuré, on ne note que rarement une polyglobulie à la naissance et une modification de la formule sanguine dans le sens d'une immaturité.

6- REIN

L'immaturité rénale du prématuré est une des causes la plus importante de la fragilité de celui-ci. En effet, elle entraîne une émission d'urine peu concentrée. Le rein élimine 15 % de son poids d'eau extra-cellulaire, ce qui entraîne deux caractéristiques du prématuré ;

- -sensibilité importante à toute surcharge électrolytique,

-tendance importante à l'acidose.

7- FOIE

L'immaturité hépatique présente chez le jeune nouveau-né où elle s'estompe rapidement est nettement plus importante chez le prématuré.

Il s'agit de troubles circulatoires à type de stase et anoxie relative. On note des modifications histologiques : intense production cytologique débutant dans les premiers jours, abondance des débris de l'hémolyse.

Enfin, notion la plus importante : un déficit enzymatique, :

non développement total de la glycuro-conjugaison ce qui diminue nettement les capacités de détoxification du foie du prématuré, ce qui entraîne une augmentation de la bilirubine libre qui par sa toxicité entraîne une anoxie cellulaire et explique la fréquence des ictères néonataux importants.

8- GLANDES ENDOCRINES

On note une crise génitale physiologique particulièrement marquée chez le prématuré, par imprégnation du foetus par les oestrogènes placentaires.

9- SYSTEME NERVEUX

On note de nombreuses modifications ; cerveau lisse à circonvolutions ébauchées, sillons à peine dénués, faible vascularisation des zones corticales.

Le déficit en estérases carboxyliques entraîne une perméabilité accrue des parois vasculaires qui règlent la perméabilité hémo-encéphalique, ce qui explique la fragilité capillaire cérébrale de ces jeunes enfants.

L'hyperméabilité des plexus choroïdes entraîne une hyperalbaminorachie.

Enfin, on note une myélinisation incomplète et faible du système nerveux.

10- IMMUNITE

Enfin, il reste un domaine où le prématuré est encore facilement exposé, c'est celui de l'infection. En effet, les défenses extérieures, représentées par le revêtement cutanéo-muqueux sont faibles. L'envahissement par la flore saprophyte du tube digestif peut facilement dépasser les capacités des moyens de défense du prématuré.

L'immunité cellulaire est faible chez le prématuré, aussi l'activité phagocytaire n'est chez le prématuré, de 1 500 gr. que de 50 à 60 % de la normale pendant le premier trimestre.

L'immunité humorale existe chez le prématuré qui peut synthétiser des immuno-globulines G dès la vingtième semaine. Mais, la majeure partie provient des immuno-globulines maternelles passant à travers la barrière placentaire. Mais, la production des immuno-globulines M ne commence qu'au voisinage du terme.

Les immuno-globulines A ne sont produites qu'après la naissance. A cet égard le prématuré se comporte comme le nouveau-né à terme. Il se met à fabriquer des anticorps sous la stimulation antigénique dès sa naissance, quelque soit son âge foetal.

Enfin, le prématuré ne peut bénéficier des anticorps anti-microbiens et antiviraux du lait maternel et du colostrum.

Le bref survol suggère donc une conclusion évidente, c'est que le jeune prématuré survient dans un milieu beaucoup plus difficile pour lui, voire même hostile, que le nouveau-né à terme. Un effort de survie, plus important , doit donc retentier sur les possibilités de développement futur du prématuré et c'est ce que nous allons essayer de chiffrer.

CAUSES DE LA PREMATURITE

A ce niveau de notre enquête, nous nous sommes heurtés à de nombreuses difficultés, qui peuvent se résumer en deux grands groupes.

1- L'absence de renseignements qui ne figuraient pas toujours dans les dossiers, difficulté que nous avons tenté de pallier en envoyant un premier questionnaire aux familles d'enfants à dossier litigieux.

Le pourcentage de réponse se situe autour de 40 % . Il faut expliquer cette proposition par de nombreux facteurs :

-adresse incomplète voire, rarement absente,

-changement de domicile des parents, avec l'impossibilité de les joindre, ce qui est le cas des familles de militaires stationnés à Lorient, et passant une partie importante de leur carrière en Outre-Mer,

-enfin, l'habituel désintérêt par tout ce qui est officiel.

Ces résultats obtenus n'ont pu être traités de façon statistique. Ce qui nous a obligé à établir des pourcentages sur de petits nombres de cas, voire d'une centaine.

Ce qui nous retire toute prétention de donner une quelconque signification statistique à notre travail.

Avant de rechercher les causes de nos naissances prématurées, il convient de rappeler l'importance des accouchements prématurés sans étiologie reconnue et la fréquente association de plusieurs facteurs de prématurité.

Enfin pour établir un élément de comparaison, nous avons emprunté à Rossier, sa classification et à Ruault, les résultats obtenus pour 1 000 enfants non prématurés nés durant la même période au C.H.U. de Rennes.

Il faut cependant noter deux différences importantes entre la statistique rennaise et notre travail car, le milieu de recrutement rennais est essentiellement urbain alors que le nôtre recouvre une proportion à peu près égale de ruraux et de citadins.

Les enfants répertoriés à Rennes sont souvent issus de grossesses délicates.

1- Grossesses multiples

Compterait pour 20 % selon Rossier.

Nous ne pouvons pas tirer de conclusions significatives, il nous faut cependant noter la présence de huit grossesses gémellaires, ce qui donnerait le pourcentage de 10 %

Le lot témoin ne donne pas le chiffre des grossesses multiples à terme.

2- Troubles de la nidation utérine

Ce groupe de causes complexes retient les causes

infectieuse ou endocrinienne. La traduction classique étant souvent les métrorragies dans les premiers mois. Ici encore, la différence entre le lot étudié et le lot témoin est significative, nous arrivons à 8,70 % de métrorragies pur 1,2 % dans le lot Rennais

3- Causes locales utérines

La première de ces causes est naturellement le placenta-praevia, qui dans la moitié des cas, selon Rossier, aboutit à la naissance prématurée.

Notre enquête donne 3,6 % de Placenta-praevia dans les naissances prématurées , 0,2 % dans le lot témoin.

Il faut citer ici l'Hématome rétro-placentaire qui, bien que cause rare, 0,9 % dans notre étude, 0,3 % dans le lot témoin est une cause particulièrement redoutable quant aux conséquences.

Enfin, les causes telles endométrites, synéchies muqueuses, malformation utérine, fibrome et kyste ovarien se tiennent dans nos deux lots respectueusement au pourcentage de 0,9 % et 0,3 % .

Notons l'importance relative de la rupture prématurée des membranes, 3 % et 5,3 % respectivement, qui plutôt qu'une cause semble être le témoin d'un processus déjà engagé d'interruption de la grossesse.

TOXEMIE GRAVIDIQUE

C'est dans la recherche de cette cause si importante que notre travail concorde avec les statistiques nationales, ainsi nous retrouvons cette affection dans 5 % des cas, en ce qui concerne les toxémies présentant le tableau clinique complet :

- albuminurie,
- oedèmes,
- hypertension artérielle.

L'Institut National d'Hygiène pour 1959 retient 5,7 % . Seul, le chiffre de Mary Crosse est très élevé 16 % .

MALADIES DE LA MERE

Les maladies virales sont reconnues, pour certaines, responsables d'interruption de grossesse, mais nous n'avons pu mettre en évidence une seule de ces causes dans notre travail sinon une douzaine de fièvres sans diagnostic. De même, nous n'avons décelé aucune syphilis, ni toxoplasmose. Par contre, la tuberculose est une affection fréquente puisque treize mères présentent une tuberculose primaire évolutive traitée soit 1,24 %.

La recherche des néphropathies est difficile, nous arrivons cependant au pourcentage de 1,8 %.

L'insuffisance cardiaque n'est retrouvée que dans 0,8 % des cas (cardiopathie post-rhumatismale - R M).

Nous n'avons pas eu d'enfant né de mère diabétique dans notre étude.

Incompatibilité foeto-maternelle.

Nous retrouvons 16 cas soit 1,5 % ou l'accouchement prématuré a été spontané.

Enfin, nous retrouvons 0,4 % d'hydramnios

- un traumatisme physique,
- un traumatisme psychique.

Il faut noter la présence de 13 % d'avortement, sans que la différence spontanée provoquée soit dans la plupart des cas possibles à mettre en évidence.

Enfin, il faut citer un problème médico-social important, l'intoxication éthylique qui est malheureusement fréquente dans nos contrées, 1,40 % des mères étaient des alcooliques modérées. Cet état s'additionne, le plus souvent à des conditions matérielles épouvantables et à une malnutrition chronique. Il n'est pas douteux que cet ensemble de facteurs joue un rôle dans la menée de la grossesse.

	LORIENT	RENNES
Grossesses multiples	10 %	
Troubles de la nidation utérine	8,70 %	1,2 %
Causes locales utérines :		
Placenta-praevia.....	3,6 %	0,2 %
Rupture membranes.....	3 %	5,3 %
Hématome rétro-placentaire	0,9 %	0,3 %
Toxémie gravidique	5 %	5,7 %
Maladies de la mère :		
Tuberculose.....	1,24 %	
Néphropathie.....	1,8 %	
Insuffisance cardiaque.....	0,8 %	
Incompatibilité foeto - maternelle	1,5 %	
Antécédents d'Avortement :		
provoqué ou spontané.....	13 %	
Ethylisme	1,40 %	

MORTALITE DU PREMATURE

En 1969, année référence de notre travail, nous trouvons un pourcentage de 175 naissances prématurées dont 23 décès, ce qui donne une mortalité de 13,1 % .

Ce chiffre élevé, en regard de la statistique de l'Institut de Puériculture de PARIS qui donne 8,4 %, reste comparable à la moyenne nationale. Les différences s'expliquent par la plus grande difficulté à conserver la chaîne de chaleur par la plus grande difficulté d'accès à l'Hôpital , par la différence de moyens mis en jeu.

En effet, les conditions de circulation constituent un élément péjoratif : il faut deux heures de transport pour amener un enfant de Gourin (point extrême d'influence du Centre Hospitalier de Lorient) au Centre de Prématurés, ce qui, malgré la présence quasi constante d'une infirmière chargée de la surveillance de l'enfant constitue un facteur d'aggravation certain quant à son avenir. Ceci se traduisant pour nous par l'enregistrement des températures les plus basses chez les enfants provenant des villes les plus éloignées.

D'autre part, on peut noter , bien que cela disparaisse de plus en plus, une différence entre le monde traditionnel rural et ilien assez " fermé " au monde extérieur et particulièrement médical, et les foyers citadins et côtiers recourant beaucoup plus facilement aux moyens médicaux actuels.

La répartition des décés est la suivante :

Tableau I - MORTALITE EN FONCTION DU POIDS DE NAISSANCE

POIDS	TOTAL	VIVANTS	DECES	%
1000	8	1	7	87,5
1001 à 1250	4	1	3	75
1251 à 1500	13	10	3	23
1501 à 1751	17	13	4	23,5
1751 à 2000	24	21	3	12,5
2001 à 2250	47	47	0	0
2251 à 2500	62	60	2	3,2

Nous constatons une progression de la mortalité inversement proportionnelle au poids de naissance, qui ne diffère sensiblement pas de la statistique départementale.

Il est à noter une élévation du pourcentage de décès chez l'enfant de plus gros poids : une raison à cela, l'hospitalisation sélective, malgré les efforts du corps médical, de ces enfants qui souvent ne viennent à l'hôpital que s'ils présentent des manifestations pathologiques.

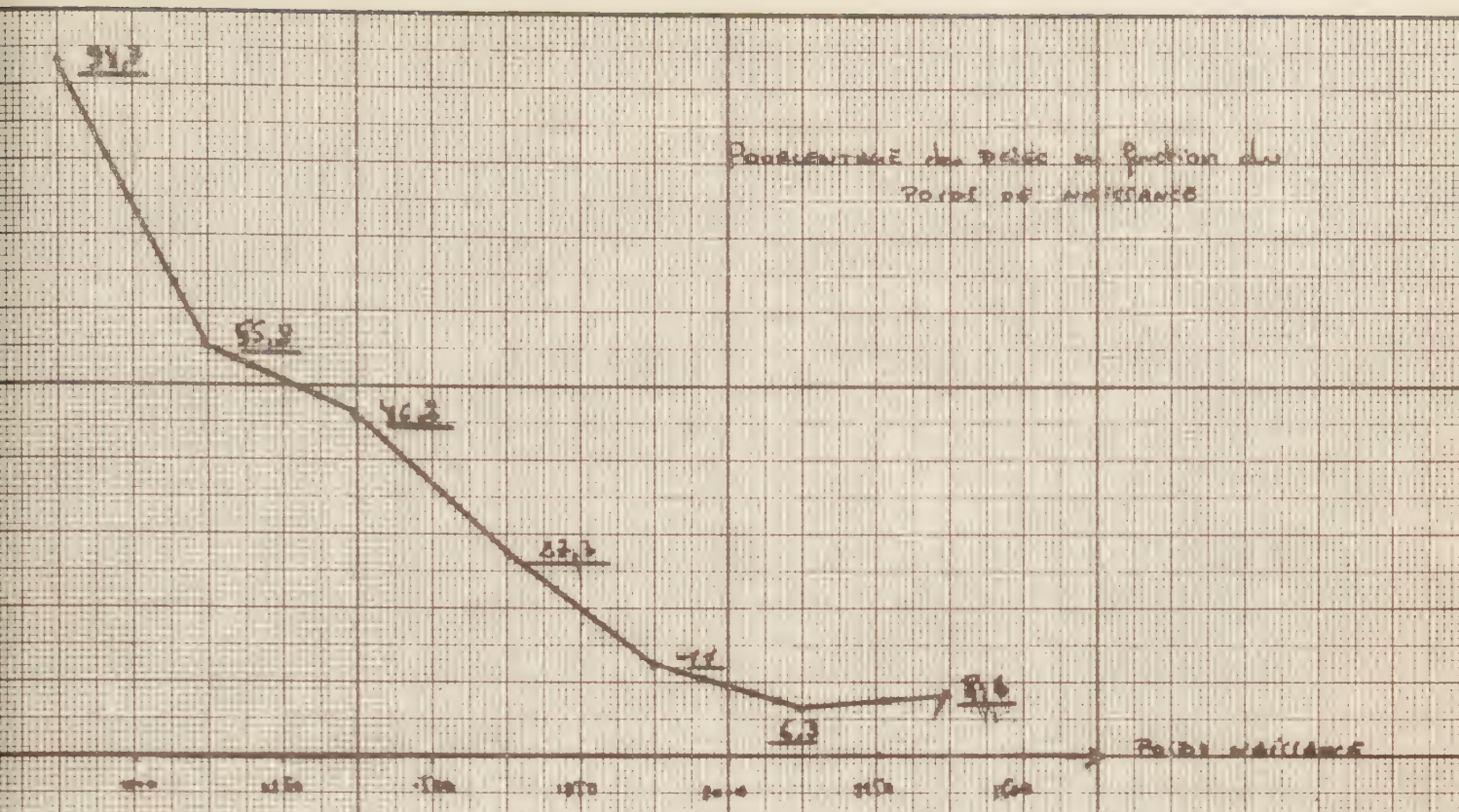
Tableau II - CHRONOLOGIE DES DECES

1er jour	19	21	91,3 %
2ème jour	1		
3ème jour	1		
3ème jour au 10ème jour	2	2	8,1 %
après le 10 ème jour	0		

Nous voyons l'importance considérable des trois premiers jours de la vie d'un enfant prématuré puisque c'est dans cet intervalle que surviennent plus de 80 % des décès.

Notre statistique bien que restreinte, suit les chiffres donnés par le Professeur Rossier pour Paris : 84,4 % de décès dans les trois premiers jours et mortalité après dix jours tombée à 1,9 %

24bis


Pourcentage des décès en fonction du poids de naissance
Poids naissance

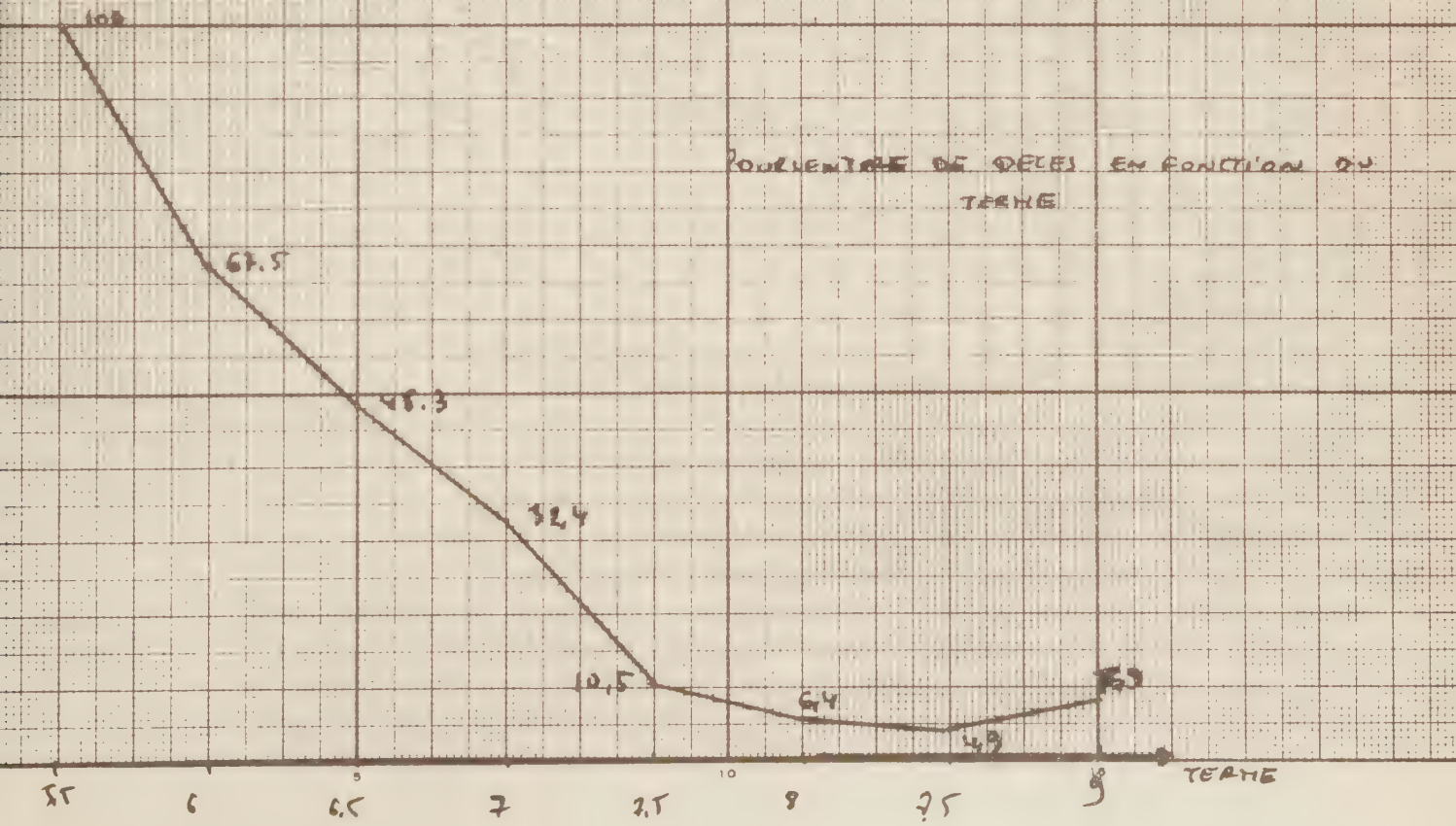

Pourcentage de décès en fonction du terme
TERME

Tableau III - POURCENTAGE DES DECES EN FONCTION DU TERME :

La mortalité est d'autant moins importante que la gestation est conduite le plus près de son terme.

On note une mortalité plus importante chez " les prématurés à terme " que chez les enfants nés à huit mois, huit mois et demi, ce qui souligne ici la différence entre " prématuré " et " dysmature " qui pour quelque raisons ont souffert pendant la vie intra-utérine.

CAUSES DE MORTALITE

Nous allons tâchez de nous faire une idée générale des causes de la mortalité dans notre région car les coutumes locales hostiles, d'une part et le manque de personnel compétent, d'autre part, ne nous ont pas permis de procéder à l'autopsie de la totalité des enfants décédès. L'absence d'autopsie enlève une grande part de sa signification à cette étude, dans l'impossibilité d'affirmer avec certitude l'origine du décès. En raison :

- de la précocité de ces décès,
- de la diversité et de la non spécificité des signes cliniques (troubles respiratoires, cyanose, hypotomie, etc.),
- de l'association fréquente des causes des décès.

ainsi il nous faut compter un certain nombre de décès non identifiés avec des signes respiratoires, neurologiques, des manifestations neurovégétatives, ces trois états étant souvent diversement associés entre eux, voire présents tous les trois.

Nous trouvons pour notre part :

1- troubles respiratoires non précisés = 7
2- membranes hyalines = 3
3- innondations alvéolaires = 2
4- malformation = 6

5- hémorragies cérébro-méningées = 2

6- causes inconnues = 3

ce qui n'est pas contradictoire avec les pourcentages donnés par Rossier qui lui regroupe les causes de décès en cinq grandes catégorie :

Rossier (p. 107) :

1- Immaturité pure = très petit prématuré né avant vingt-huit semaines, dont les structures respiratoires ne sont pas capables de subir l'adaptation à la vie atmosphérique.

2- Malformation congénitale plus fréquente chez le prématuré que chez le nouveau-né à terme.

3- Infections très graves, voir même encore mortelles (septicémie à bacilles gram).

4- Hémorragies cérébro-méningées = cause non négligeable, citée pour S. SARRUT dans 18 % des cas, pour Mary CROSSE, 12 % des cas. Il s'agit d'une hémorragie diffuse ou en foyer, assez souvent d'une innondation ventriculaire chez le prématuré de très petit poids.

5- Enfin, les lésions pulmonaires sont les causes les plus importantes, qu'il s'agisse d'anectasie, d'innondation amniotique, d'hémorragie ou d'oedème pulmonaire, ou surtout de membranes hyalines extensives.

Il est à noter la très importante régression des décès par membrane hyaline dans le service depuis le traitement par pression permanente continue et pression positive résiduelle.

C'est ainsi que nous n'avons noté aucun décès à ce jour chez nos enfants traités, quelque soit le degré de gravité de la maladie.

Il est à penser que le développement de ces méthodes dans le service va encore améliorer les statistiques de survie de nos enfants.

Notre ENQUETE

1- CADRE :

La zone de recrutement du centre de Prématurés de Lorient s'étend sur la partie ouest du Morhiban et est du Finistère Sud, le rayon de la zone d'influence étant au maximum de 60 km.

Nos critères analytiques ne seront évidemment pas d'ordre géopolitique, mais plutôt socio-économique quant aux professions dans la région ou socio-géographique quant aux caractéristiques de l'habitat régional. En effet, en gros trois grands types de métiers s'affrontent :

- Paysans
- Marins
- Professions de l'Etat,
- Commerce et profession libérales,

et de deux grands courants de vie :

- l'habitat traditionnel rural et ilien,
- et, la vie citadine et du littoral.

- (Carte)-

LANNION
MORLAIX
BREST
CHATEAULIN
QUIMPER
GOURIN
GUÉMÉNÉ
PLOUAY
PONTSCORFF
LOCMINÉ
PONT AVEN
QUIMPERLÉ
LORIENT
HENNEBONT
PLOEMEUR
AURAY
PORT LOUIS
VANNES

Pour situer la population touchée par notre enquête, nous avons repris la classification proposée par l'I.N.S.E.E., c'est-à-dire l'évaluation du niveau de vie évaluée en fonction du métier du père.

Nous avons pu obtenir ce renseignement pour la totalité des enfants.

La comparaison s'effectue suivant un lot témoin.

	LORIENT	RENNES	PARIS
Professions libérales Cadres supérieurs	2,4 %	6,6 %	4,4 %
Cadres moyens	5,6 %	22,9 %	14,0 %
Ouvriers qualifiés Marins	28,9 %	38,7 %	26 %
Agriculteurs	14,9 %	9,4 %	31,7 %
Commerçants	11,3 %	3,3 %	3,9 %
Employés des services publics. Gens de maison	13,7 %	9 %	4,3 %
Salariés agricoles et Manoeuvres	21,6 %	7,9 %	13,1 %
Sans profession Forains	1,3 %	2,5 %	2 %

De ce tableau, nous pouvons retenir que : la prématurité est plus importante en milieu défavorisé ;

-36,6 % au lieu de 18,4 % dans le lot témoin, la réciproque étant encore plus nette :

-8 % de niveau de vie élevé dans le groupe des prématurés,

-29,5 % dans le groupe témoin,

ce qui rejoint les travaux de Watteville (cité par Gillot) qui, comparant la proportion de mères ayant donné naissance à un prématuré à celle de mères ayant accouché à terme montre que :

dans les classes défavorisées, la prématurité est plus importante : 98,5 % contre 21,5 % .

La réciproque se vérifiant également : 13,5 % de prématurés chez les classes aisées pour 18 %.

Il faut ici rappeler que pour DRILLIEN et BRIHMARD (cité par Gillot), l'influence de la classe sociale du père de la parturiente serait plus importante que celle de la classe sociale du mari. Ceci en rapport avec la carence nutritionnelle de l'enfance. Il n'a pas été possible pour nous de vérifier cette thèse.

Un corollaire de l'étude du niveau social est également l'étude de la profession de la parturiente, les femmes de niveaux les moins favorisés travaillant souvent alors que les femmes des classes aisées sont généralement sans travail ou du moins ne pratiquent pas un métier éprouvant. En effet , notre étude a montré deux pôles importants de prématurité :

- les agricultrices,
- les employées à des travaux ménagers auxquelles nous avons ajouté les mères des familles nombreuses (sans profession).

	LORIENT	RENNES
Sans profession	48,9 %	47,2 %
Profession libérale Cadre supérieure	1 %	2,2 %
Cadre moyen	15,1 %	17,5 %
Agricultrice	12,7 %	5 %
Commerçante	3,1 %	1,8 %
Employée Femme de ménage	20,2 %	21,6 %

En effet, dans la case sans profession, nous trouvons un apport de classe aisée : 10 % et de classe moins favorisée et familles nombreuses (très nombreuses parfois, ceci étant une particularité de la population bretonne) (7,8 voir 12 enfants ou grossesses n'étant pas rare) 40 %.

Le tableau sans profession est proportionnellement représentatif dans notre étude de la prématurité.

Une conclusion s'impose :

- La fatigue musculaire, psychique,
- Les soucis,
- Les mauvaises qualités d'habitations,

et de vie sont autant de facteurs nuisibles au développement normal d'une grossesse.

METHODOLOGIE

Utilisant le test de Mmes Brunet et Lézine, nous avons choisi l'année qui correspondait à l'âge limite du test, c'est-à-dire trente mois, ceci pour réduire autant que faire se peut les erreurs d'interprétation des tests, qui sont d'autant plus importantes que l'enfant traité est petit.

L' année choisie fut donc 1959

Durant cette période, il y eut environ 200 entrées dans le service des prématurés. Ces enfants se répartissaient comme suit :

-25 décès dans le service,

-175 sorties.

Un premier temps de notre enquête fut donc l'examen des causes de décès.

Dans un deuxième temps, il fallut recenser les enfants vivants pour les convoquer ultérieurement.

C'est cette partie de notre travail qui fut la plus délicate. En, effet, la situation géographique de Lorient explique plusieurs faits :

1- Eloignement souvent important de Lorient : Le pourcentage d'enfants Lorientais est moins élevé que celui des enfants habitant les environs.

La zone de recrutement du service s'étendant sur une partie du Finistère Sud, les familles éloignées devaient faire un effort important pour venir à la consultation.

2- Le niveau économique faible de la région, entraîne une émigration importante de travailleurs, la possibilité d'atteindre la totalité des familles s'en trouve notablement compliquée, malgré la bonne volonté du ..... et l'aide de l'action sanitaire et sociale du département.

3- Enfin, en plus du non désir de répondre d'un certain nombre de familles, peu élevé il est vrai, nous avons buté sur un certain nombre de difficultés insurmontables :

-deux enfants, abandonnés par leurs parents et confiés à l'assistance publique n'ont pu être touchés, malgré notre insistance, l'étude psycholorique de ces enfants présentant pour notre travail, un intérêt supplémentaire.

-Cinq familles inconnues à l'adresse donnée, soit que celle-ci eut été mal notée, soit que le problème fut plus mystérieux. Là encore, malgré l'aide des municipalitées, nos recherches furent vaines.

- Deux adresses manquaient dans les dossiers.

- Enfin, deux enfants placés à l'assistance publique par voie de justice n'ont pas été examinés et testés.

Dans l'ensemble, et compte tenu des différentes causes d'empêchement, environ 130 familles ont répondu à notre premier questionnaire. Ce questionnaire enquêtait sur :

-1- Etat civil de l'enfant prématuré,

-2- Questionnaire succint sur le développement postérieur à la sortie du service,

-3- Handicaps éventuel de l'enfant,

-4- Renseignements socio-culturels,

-5- Antécédents éventuels de la mère pendant la gestation, avant la gestation.

Aux familles ayant répondu, nous adressâmes une lettre leur demandant de prendre rendez-vous pour une consultation. 80 familles répondirent à notre demande.

A la réception des familles, nous disposions d'un bureau, d'une salle d'attente, d'une salle d'attente, d'une salle d'examen.

La secrétaire du service de Pédiatrie vérifiait les réponses au premier questionnaire et remplissait partiellement une fiche de renseignements sur la mère et une sur l'enfant.

II- Ce deuxième questionnaire approfondissait le premier et comprenait des demandes de renseignements détaillés sur :

1- Age, la profession, la taille des parents,

le mode de vie de l'enfant,

-chez ses parents,

-en nourrice,

-en crèche.

2 - Nombre de grossesse,

Prématurité ou non,

Nunéro d'ordre de la grossesse prématurée,

Déroulement de l'accouchement,

Allaitement,

3- Développement de l'enfant,

-maladies éventuelles,

-âge de dentition (comme renseignement annexe)

-Etat actuel.

4- Histoire des autres enfants éventuels,

5- Enfin, conditions socio-économiques de vie ;

-état de l'habitat,

-état de la salubrité,

-confort,

-moyens d'informations ; télévision, radio...

L'interrogatoire strictement médical était fait par nous-mêmes dans le bureau mis à notre disposition par le Docteur BRETAGNE,

Le questionnaire relatif à la mère s'informait sur :

Les antécédents prégravidiques

-Les infections génitales.

-Les infections cardiaques.

-Les infections rénales.

-Diabète.

-Tuberculose.

-Autres affections chroniques.

-Malformations utérines.

-Enfin, tabagisme.

2- Antécédents gravidiques.

-Maladies infectieuses.

-Affections neurologiques.

-Affections génitales

-Manisfestations pathologiques de la grossesse.

-Traumatisme externe :

accident de voiture,

traumatisme psychique.

-Opération éventuelle.

Cette intervalle permettait à l'enfant laissé en liberté dans le bureau de se familiariser avec l'annoncement du test.

L'enfant était ensuite testé, selon le test de Madame Brunet et Lézine, en commençant, comme l'indiquent les auteurs par la série que l'enfant fait entièrement jusque celle qu'il ne peut réussir.

Enfin, l'enfant testé, une infirmière de Pédiatrie prenait dans la salle d'examen, les mensurations de l'enfant qui allaient nous servir à établir les données staturo-pondérales de notre examen :

-périmètre crânien,

-taille,

-poids.

Le questionnaire enfant lui, demandait :

-Les étapes du développement de l'enfant

-D'éventuels handicaps :

-Troubles neurologiques

-Troubles sensoriels :

visuel : strabisme,
: mauvaise vue ,

-Troubles auditif.

-Troubles caractériels.

-Autres maladies.

Naturellement, un examen clinique de l'enfant terminait cette consultation, ce afin d'établir si l'enfant était au mieux de sa forme au moment de l'examen ou présentait une cause quelconque d'affaiblissement de ses capacités. Ceci nous a d'ailleurs permis de retrouver une C.I.V. cause d'hypodéveloppement staturo-pondéral.

- Un certain nombre de hernies inguinales et inguino-scrotales qui rendaient la marche très difficile pour ces malheureux enfants.

Quelque rachitisme postérieur à la sortie du service des enfants.

Notre dernier travail fut donc de codifier toutes ces données et de les reporter aux données physiologiques.

CENTRE HOSPITALIER

DE

LORIENT

Ce questionnaire que nous vous adressons fait partie d'une enquête entreprise à partir de tous les centres, dans le but d'établir

afin,de prévenir la prématurité.

Ce questionnaire sera dépouillé par le Docteur BRETAGNE et ses internes. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir le remplir avec le plus grand soin et de nous le retourner dans les plus brefs délais.

NOM.....PRENOM.....Date de Naissance de l'enfant prématuré

Signaler s'il s'agissait de l'accouchement de jumeaux
Profession du père (bien préciser)
Profession de la mère au moment de l'accouchement (prématuré)
Distance du lieu de travail
Taille de la mère
Age de la mère au moment de l'accouchement prématuré
Cette grossesse suivait de combien la précédente ?
L'accouchement a eu lieu au ième mois ?
Etait-ce le premier accouchement ? OUI NON (combien)
prématuré
Nombre d'enfants avant cet accouchement prématuré ?
Nombre de grossesse avant cet accouchement prématuré ?
Fausses couches ? (combien)
Curetage ? (combien)

AVANT LA GROSSESSE LA MERE ETAIT-ELLE PORTEUSE D'UNE DE CES

AFFECTIONS

Infection génitale ? tuberculeuse
autre ?

Infection cardiaque : insuffisance cardiaque ?
: Hypertension ?

Affection rénale : Néphrite
: Insuffisance rénale ?

Diabète,
Tuberculose pulmonaire ?
Autre affection chronique ?
Malformation utérine -ayant nécessité un curetage ?
-fibrôme ?

AU COURS DE LA GROSSESSE

A-t-elle présenté :
- des crises dépilepsie ?
-La rubéole (dans les 3 premiers mois de la grossesse ?)
-Une hépatite à virus (jaunisse) ?
-La rougeole) en fin de grossesse ?
-La grippe)
-Une autre affection avec fièvre ?
- Une affection génitale ?
Urinaire - Cystite
-Des vomissements très longtemps ?

-La polyomyélite ?

-Plus que des traces d'albumine dans les urines ?
-Des oedèmes ?
-Une hypertension artérielle - (plus de 13)
-Des hémorragies utérines - (1er trimestre ?)
2 e trimestre ?
juste avant l'accouchement ?
-Rupture de la poche des eaux ?
-La mère a-t-elle subi un traumatisme ?
Opération (Lesquelles ?)
Choc - (Lequel ?)

-La mère a-t-elle fumé de façon régulière ?

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

PREMATURE

NOM.....PRENOM.....Date de Naissance

AGE

L'enfant est-il en vie ?

S'il est décédé, Cause du décès ?

S'il est en vie, poids actuel ?

taille actuelle ?

Est-il normal ?

A quel âge s'est-il tenu assis ?

A quel âge a-t-il été propre ?

Le jour ? Le nuit ?

A quel âge a-t-il parlé ?

S'IL EST EN AGE SCOLAIRE :

-classe fréquentée ? (y compris la maternelle)

- a-t-il des difficultés de lecture ?

EST-IL HANDICAPE ?

Présente-t-il :

-Une paralysie d'un côté ?

-Une paralysie des deux côtés ?

-Des mouvements anormaux et incoordonnés ?

-Des crises d'épilepsie ?

-Un retard ou des difficultés de paroles ?

-Une anomalie oculaire ?

aveugle ?

strabisme ?

mauvaise vue ?

-Un déficit auditif ?

-Des troubles du caractère ?

Coléreux ?

Anxieux ?

Irritable ?

Instable ?

Mauvais sommeil ?

...../.....

Autres maladies présentées depuis sa sortie du service, y compris le rachitisme ?

Est-il l'objet de soins en service spécialisé pour handicapés ?

Lequel ?

CENTRE HOSPITALIER
DE
LORIENT

Service du Docteur BRETAGNE

-:-:-:-:-

Madame,

Dans un premier temps, nous vous avons adressé :
-Un questionnaire vous concernant ;
-Un questionnaire concernant votre enfant.

NOM.....PRENOM.....Date de Naissance

Toujours dans le cadre de l'étude des Prématurés, le Service se propose :

1°) De déterminer de façon précise le développement
-staturo-pondéral,
-psychique de votre enfant,

2°) D'étudier son profil psychologique et son niveau de développement, afin d'apprécier si ce développement s'est effectué de la même façon que chez un enfant né à terme.

Pour cela, nous organisons une consultation gratuite à laquelle nous serions heureux de vous recevoir.

Cette consultation aura lieu :

-Les lundis	: 7 - 14 - 21 - 28 Juin	de 9 à 12 H.
	: 5 Juillet	
-Les mardis	: 8 - 15 - 22 - 29 Juin	de 14 à 18 H.
	: 6 Juillet	
-Les mercredis	: 2 - 9 - 16 - 23 - 30 Juin	de 14 à 18 H.
	7 Juillet	

aux CONSULTATIONS EXTERNES de PEDIATRIE.

Afin de ne pas attendre, vous voudrez bien prendre rendez-vous, quelques jours avant la date qui vous intéresse, en téléphonant au 64.26.72 - Poste 73 - (entre 8 heures et 16 heures), et en précisant :

Nom - Prénom et date de naissance de votre enfant prématuré.

Veuillez croire, Madame , en nos sentiments respectueux et dévoués.

Pour le Docteur BRETAGNE
L'Interne,

NOM ..... Prénoms :..... Date de Naissance .....

Adresse

PERE - Age : Taille
Profession :

MERE - Age :
(au moment de l'accouchement)
Taille :
Travaille-t-elle hors de son foyer :.....
Distance du lieu de travail ?

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

-Fausses-couches ? OUI - NON
Combien ?.....

Grossesse : NORMALE
GEMELLAIRE
N° D'ORDRE

-Accouchement : A quel terme ?
1 PREMA ; OUI - NON

Allaitement
AU SEIN
ARTIFICIEL

-L'enfant vit-il avec ses 2 parents :
-L'enfant vit-il avec 1 seul parent :
- à cause d'une séparation ?
- à cause d'un décès ?

-Autres personnes vivant au foyer :
-L'enfant est-il placé hors de sa famille :
si OUI, où ?.....

-:-:-:-:-:-:-

-L'enfant a-t-il vécu en dehors de sa famille : OUI - NON
Si OUI, à quel âge ?.....
-en nourrice ?
- à l'Hôpital ?
- en Maison d'Enfants ?
-ailleurs ?

DUREE ?.....

-ANTECEDENTS : Maladies de l'enfant :
.....
.....
.....
.....

AGE de la 1er DENT.?.....
AGE de la 2 ème DENT.?.....
AGE de la MARCHE . ?.....
AGE de la PROPROTE .?.....
-SOMMEIL.....
-APPETIT.....
-A QUEL AGE s'est-il bien ASSIS.?....
.....

ENFANTS (vivants & décédés)

	PRENOM	Sexe M ou F	Date de naissance	Date de la 1 ère entrée à l'Ecole	Niveau de la classe fréquentée 1970-1971
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					

..../...

En cas de remariage, indiquer le rang de l'enfant "REM" . En cas de décès de l'enfant ajouter D.C.D.

-LOGEMENTS :

H.L.M.
Petit Immeuble
Maison seule
Ferme : Nombre d'HA :

- Eau courante dans le logement ..... OUI - NON
-Poste d'eau extérieur.....OUI - NON
-Puits .....OUI - NON
-Electricité.....OUI - NON
-GAZ .....OUI - NON
-W.C. dans le logement.....OUI - NON
-W.C. à l'extérieur ..... OUI - NON

NOMBRE DE PIECES ?.....

-Y a-t-il la télévision OUI-NON

MERE

ANTECEDENTS PREGRAVIDIQUES :

INF. GENITALE - TUBERCULOSE -
- AUTRE -

INF.CARDIAQUE - I C
- HTA

INF. RENALE - NEPHRITE
- I R

DIABETE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

AUTRE AFF. CHRONIQUE

MALFORMATION UTERINE

FUMEUSE

ANTECEDENTS GRAVIDIQUES :

CRISE D'EPILEPSIE
GRIPPE
POLIO
HEPATITE VIRALE
ROUGEOLE
RUBEOLE
AUTRE AFF.
AFF. GENITALE

VOMISSEMENT INCOERCIBLES
OEDEMES
ALBUMINURIE
H.T.A 13
- 1er Trimestre
HEMORRAGIE UTERINE
3 ème Trimestre
RUPTURE POCHE DES EAUX
TRAUMA
OPERATION

ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance :

Age :

en vie
âge assis
marcher
propre -jour -nuit
parler

Si handicapé =

Paralysie 1 côté
" 2 "
Mouvements anormaux
Crise d'épilepsie
Retard difficulté de parole
Anomalie oculaire
Aveugle
Strabisme
Mauvaise vue
Troubles auditifs
Troubles du caractère : coléreux
: anxieux
: irritable
: instable
: mauvais sommeil

AUTRES MALADIES DEPUIS SA SORTIE +

DEVELOPPEMENT STATURO - PONDERAL DES ENFANTS

Croissance somatique normale

La connaissance des paramètres normaux des types de croissance est indispensable pour l'étude de nos enfants c'est pourquoi nous ferons ici un bref rappel de la croissance somatique normale jusqu'à deux ans, période qui nous intéresse.

La croissance normale débute évidemment pendant la vie intra-utérine, la vitesse de croissance n'est cependant pas uniforme.

Avant la naissance

La croissance est ici la plus rapide. Ainsi, tous les systèmes s'organisent et se développent dans les trois premiers mois.

Le deuxième trimestre correspond à une dissociation staturo pondérale nette. En, effet, le foetus atteint 70 % de sa taille à la naissance ; son poids, lui n'est que de 20 % du poids de naissance

Pendant le troisième trimestre le rapport tend à s'inverser, et la croissance est surtout pondérale ; ce qui nous explique le poids faible du prématuré pour une taille sensiblement normale.

De la naissance à 2 ans

Nous retrouvons ici une vitesse de croissance élevée. Le gain statural va être de 20 à 22 cm la première année, et de 12 cm la deuxième année.

Le poids connaît une évolution semblable, tout en étant plus lié à la nutrition de l'enfant.

Les variations pondérales sont cependant plus rapides que les variations staturales : le poids de l'enfant double à cinq mois et triple à un an.

Un paramètre important de la croissance à cette période le périmètre crânien - n'apporte pas d'intérêt notoire à notre statistique car nous ne trouvons pas d'écart important, sauf pour un enfant microcéphale. Le développement normal est : 12 cm la première année, 2 La 2 ème année, et très faible les années qui suivent.

De 2 à 4 ans

Nous notons un ralentissement important de la croissance. A quatre ans, l'enfant a doublé sa taille de naissance et dépasse le mètre.

La croissance est évidemment soumise à un certain nombre de facteurs dont l'étude présente le plus haut intérêt.

Malgré leur importance primordiale, nous ne pouvons envisager ici l'étude des facteurs intrinsèques de croissance, à savoir :

-les facteurs génétiques ;

-Les facteurs endocriniens et nerveux.

Nous nous bornerons à envisager le type morphologique de la famille.

Notre étude clinique comportera, comme le recommande Monsieur LELONG - un choix d'indicateurs de croissance adapté à nos enfants ;

-une représentation graphique

Choix des indicateurs de Croissance

Les données obtenues à l'examen des dossiers ajoutées à celle de la consultation furent classées .

Nous avons retenu comme indicateurs :

-Les poids de naissance qui furent répartis en 3 catégories :

$PN \leqslant 1\,500$ G

$1\,500 < PN \leqslant 2\,000$ G

$2\,000 < PN \leqslant 2\,500$ G

-terme présumé

-âge

-sexe

Nous avons retenu :

-Les mensurations antropométriques suivantes :

- taille (debout ou allongé sur plan dur).
- poids (nu)
- périmètre crânien.

L'absence de clichés systématiques à la naissance ne nous a pas permis d'avoir des documents radiologiques nécessaires à une évaluation de l'âge osseux ; d'autre part, nous n'avons pu radiographier tous nos enfants.

Il en est de même pour les facteurs biologiques.

Représentation graphique

Devant les nombreuses méthodes de représentation graphique de nos résultats, nous avons choisi la table de SCHOLLER qui rassemble en un même tableau tous nos paramètres.

Nous n'envisageons évidemment pas cette étude sans avoir constamment présent à l'esprit l'importante variation physiologique de la croissance d'un enfant, et c'est pourquoi nous ne pouvons avec nos chiffres qu'envisager une notion statistique de normalité.

C'est là que l'examen clinique pratiqué permet au médecin d'interpréter ces chiffres.

Conditions socio-economique

Les conditions socio-économiques et culturelles communes à l'étude des développements psycho-moteurs et staturo-pondéral furent classées en trois catégories selon la méthode de GRAFFAR qui tient compte de :

- la profession du chef de famille
- du niveau d'instruction
- de la source principale de revenue
- confort
- quartiers et habitations environnantes .

Nous avons donc utilisé les trois catégories :

1er catégorie (la plus défavorable)

-bas niveau de vie
-logement petit et souvent insalubre
-malnutrition
-mauvais environnement de l'enfant :
+niveau culturel très bas
+ intoxication exogène fréquente , de toute façon importante consommation oenolique .
= faible pénétrance médicale ou du monde extérieur.

2 ème catégorie

- L'enfant vit dans un entourage satisfaisant
- Les conditions d'élevage sont normales
- Attitude de la mère satisfaisante
- Logement insuffisant.

3 ème catégorie

- Niveau de vie élevé
- Logement suffisant
- Confort important
- Milieu ouvert plus cultivé.

Répartion des enfants

1- Suivant POIDS de NAISSANCE

Total 90

P N $\leqslant$ 1 500 = 8

1 500 $<$ P N $\leqslant$ 2 000 = 25

2 000 $<$ P N $\leqslant$ 2 500 = 57

La proportion est normale ici.

2 - Selon le SEXE

Filles : 42

Garçons : 38

Nous notons ici un léger avantage au profit des filles, ce qui confirme les proportions habituelles.

d'enfants.

REPARTITION SELON LE TERME.

3 - Suivant le terme présumé

6	7
6,5	14
7	17
7,5	25
8	6
8,5	9
9	1
	80

4 - Suivant l'âge au moment de l'enquête

12 à 18	5	5
18 à 24	10 + 10 + 10 + 10	40
24 à 30	10 + 10 + 10 + 5	35

5- Selon les catégories sociales

I	2 2 0 2 3 1 0 1	11
II	6 7 4 6 4 6 5 4	47
III	2 1 6 2 3 3 5 0	22

Résultats

Nous avons employé les abaques de SCHOLLER en l'absence de groupe témoin représentatif. Ces tables permettent de comparer en pourcentage, la taille d'un enfant à la taille normale statistique établie. Les variations physiologiques de la table oscillent entre plus ou moins 7 % .

Donc : sur 80 enfants, 15 ont un retard statural qui s'échelonne de 8 à 22 ce qui donne une proportion assez élevée de 18,75 %.

Une analyse plus détaillée donne deux fois plus de retard statural chez les enfants de 18 à 23 mois au moment de l'examen que chez ceux âgés de 24 à 28 mois (9 pour 4).

Retard statural et poids de naissance

Sur les quinze enfants en retard :

$PN \leqslant 1\,500 = 3$

$1\,500 < PN \leqslant 2\,000 = 6$

$2\,000 < PN \leqslant 2\,500 = 6$

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de ces chiffres. Il faut remarquer que dans les poids élevés nous trouvons :

- 1 mongolien
- 1 cranio-sténose
- 1 débile à terme.

Il faut citer ici ROSSIER qui dans une étude sur 280 prématurés de poids de naissance inférieur à 2 000 g. , note que la taille moyenne des enfants au poids compris entre 1 500 et 2 000 g est supérieure à celle des enfants de poids de naissance inférieur à 1 500 G.

Retard statural et sexe

-Fille = 8 sur 42

-Garçon = 7 sur 38

- (Les plus petits poids de naissance étant en nombre élevé chez les garçons).

Retard statural et terme

6	
6,5	2
7	1
7,5	3
8	4
8,5	1
9	4

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de cette répartition. Il est à noter, parmi les enfants nés à terme :

-1 mongolien

-1 microcéphale

-1 syndrôme de little avec convulsions.

D'autre part, il y a un fort pourcentage de retard chez les dysmatures.

Retard et conditions socio-économiques

- Catégorie 1 = 7
- Catégorie 2 = 5
- Catégorie 3 = 3

Nous notons une progression inversement proportionnelle à la catégorie sociale. Le niveau de l'environnement est évidemment très importante pour la croissance harmonieuse d'un enfant ; il faut citer la phrase de DRILLIEN qui dit :

" La croissance physique du prématuré semble plus influencée par le milieu que celle de l'enfant à terme " . Il faut en effet que le petit prématuré rattrappe son retard en plus de sa croissance normale ; ce qui le rend plus étroitement tributaire de son entourage.

Poids

Les constantes pondérales étant beaucoup plus sujettes à variations que la taille, nous étudierons succintement les différentes données de notre étude.

Sur 80 enfants :

-30 ont un poids s'écartant de variation physiologique

-50 ont un poids normal .

Sur les 30 :

-24 ont un poids inférieur à la normale

- 6 ont un poids supérieur à la normale.

Il y a donc 30 % des enfants au poids insuffisant, ce qui est beaucoup par rapport à une statistique plus complète qui donne 14,1 % . La cause de cette disproportion est inapparente dans notre travail et ne reflète que le peu de valeur statistique de notre enquête.

Retard pondéral et sexe

Garçon : 15

Fille : 9

Retard pondéral et P.N.

P N $\leq$ 1 500 = 6

1 500 $<$ P N $\leq$ 2 000 = 5

2 000 $<$ P N $\leq$ 2 500 = 13

Aucune conclusion à tirer ici .

Retard pondéral et conditions socio-économiques

Catégorie 1 = 14

Catégorie 2 = 6

Catégorie 3 = 4

Dans ces 4 il faut compter 1 mongolien et 1 débile à terme.

Comme pour le départ statural, le milieu et surtout la nutrition jouent ici un grand rôle.

Retard pondéral et terme

6	1
6,50	8
7	1
7,5	4
8	5
8,5	1
9	4

Aucune signification particulière n'est envisageable ici.

De cette étude nous pouvons retenir que :

- Un pourcentage important de prématurés à un développement normal, par HESS et Collaborateurs ; c'est également la conclusion à laquelle nous arrivons.

L'influence du milieu extérieur est énorme et semble conditionner le développement de l'enfant pour une part très importante.

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

L'étude du développement psycho-moteur constitue une des parties les plus importantes de notre travail. Elle comportera de nombreuses difficultés d'organisation.

Nous possédions un bureau vaste et agréable, créant un univers relativement rassurant pour l'enfant. Pendant le début de l'entretien, nous laissions l'enfant jouer avec quelques jouets laissés à cette intention, tandis que nous interrogions la mère sur les antécédents de l'enfant après sa sortie de l'hôpital afin de tenir les dossiers à jour.

Enfin, nous débutions le test par l'étude de fonctions objectives :

- âge de la marche
-âge de la parole
-âge du sourire

Nous appliquions alors le test de Mesdames BRUNET et LEZINE, qui convenait le mieux à notre étude et dont le maniement nous était le plus familier. Nous n'avons pas connu de grosses difficultés dans le déroulement de la séance ; tous les enfants au bout d'un temps d'adaptation plus ou moins long furent coopérants.

Les seules difficultés furent rencontrées auprès de mères qui parfois essayaient d'influencer un peu trop leurs enfants.

Enfin, si l'âge du sourire , sujet à caution, car nous trouvons des réponses trop vagues de la part des familles, tant les mères et grand-mères, dans leur admiration sans borne pour leur descendance, ont tendance à surestimer l'enfant !, nous notions parfois de très significatives variations.

L'âge de la marche fut dans l'ensemble facile à établir.

Nous avons dû abandonner le critère des premiers mots ceci en raison de trois causes :

- 1 - L'optimisme sus cité
- 2 - La difficulté d'appréciation objective des premiers mots
- 3 - La notion de phrase étant très variable et fonction naturellement du niveau socio-économique de l'entourage.

Le critère de propreté fut également abandonné, comme témoin objectif du développement des jeunes enfants.

En effet, ici prend toute sa signification la notion de niveau socio-culturel et d'environnement pour comparer des petits citadins avec de petits paysans. Il fallait éliminer ce critère qui est trop fonction de l'habitat et des habitudes sociales.

Nous n'avons pu réunir un groupe témoin ; nous nous référons donc aux statistiques nationales.

Enfin, un examen clinique de l'enfant permettait éventuellement de compléter le tableau général par l'étude de diverses maladies, de malformations, de déficience d'un système sensoriel (auditif ou visuel) , de carences vitaminiques, du mauvais état général, de

maladies chroniques.

L'étude de l'âge de la marche

présente un critère valable dans notre travail mais nous trouvons un âge moyen de marche : de 16 mois à 20 mois, ce qui est supérieur à l'âge moyen de la marche chez l'enfant né à terme.

Sur les enfants ne marchant pas, nour relevons :

-1- 1 mongolien

-2- 1 syndrôme de Little

-3- 2 exanguinés : incompatibilité ABO

-4- 1 méningite néo-natale avec convulsion

-5- 1 atrophie corticale

-6- 1 sans étiologie.

Age de la marche et poids de naissance

Nous constatons que l'âge de la marche est d'autant plus plus précose que l'enfant est est né avec un poids plus important.

Age de la marche et niveau sociale

Dans la catégorie I :

-sur 37 enfants nous trouvons :

50 % des enfants marchant avant 18 mois ;

Dans la catégorie II :

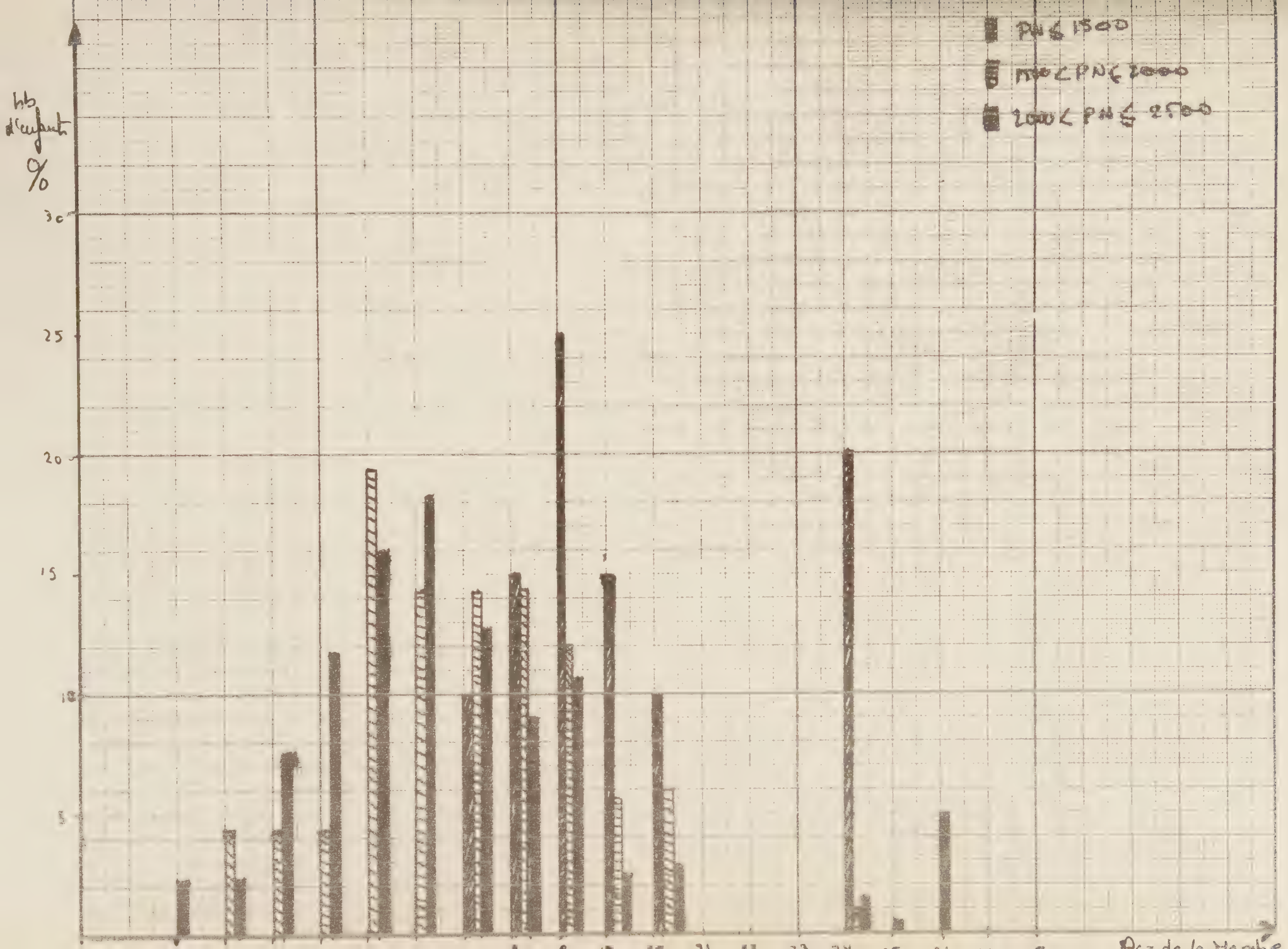
-sur 135 enfants nous trouvons :

79 % des enfants marchant avant 18 mois

Dans la catégorie III :

-sur 76 enfants nous trouvons :

75 % des enfants marchant avant 18 mois.


PN ≤ 1500
1500 < PN ≤ 2000
2000 < PN ≤ 2500
nb d'enfants %
30
25
20
15
10
5

Ceci tend à prouver que l'influence du milieu et de la présence maternelle est prépondérante dans l'apprendissage de la marche chez les jeunes enfants.

Dans notre étude, nous ne trouvons pas de différence notoire avec les statistiques parisiennes.

ETUDE DU COEFFICIENT GLOBAL DE DEVELOPPEMENT

Nous l'avons étudié chez 77 enfants dont l'âge au moment de l'examen était de 18 à 29 mois.

Il s'agissait ici d'enfants dont les mères étaient venues à notre consultation.

Cette première sélection retire évidemment de l'intérêt à notre étude mais nous permet cependant d'acquérir une vue d'ensemble.

Comme nous l'avons déjà dit, le test utilisé est le " Brunet Lézine " qui permet au moyen de quatre paramètres :

-développement pondéral

-coordination motrice

-langage

-sociabilité

d'établir un coefficient global et le profil psychologique de chaque enfant.

Ici doivent trouver plus particulièrement place toutes les réserves que nous avons formulées tout au long de notre travail.

En effet, il faut être très prudent dant l'établissement de tests psychologiques tant les variations sont sensibles car notre coefficient ne présume en rien le devenir de l'enfant.

Enfin, nous notons que seuls les coefficients au-dessous de 70 peuvent être considérés comme anormaux et que le coefficient de développement moyen des enfants à terme au poids de naissance supérieur à 3 000 g est de 98,4 dans la période qui nous intéresse.

Répartition des Enfants

1 - selon P.N et sexe :

		Garçons	Filles
P N $<$ 1 500	7	4	3
1 500 $<$ P N $\leq$ 2 000	20	8	12
2 000 $<$ P N $\leq$ 2 500	50	28	22
Total	77	40	37

2 - selon le terme

6	8
7	29
8	39
9	8

3- Catégorie socio-culturelle

Catégorie I : 11

" II : 42

" III : 24

Coefficient de développement en fonction de l'âge réel légal

9 enfants ont un Q.D. entre	110	et	120	=	11,6 %
17.....	100	et	110	=	22 %
32.....	90	et	100	=	41,5 %
7.....	80	et	90	=	9 %
3.....	70	et	80	=	3,8 %
4.....	60	et	70	=	5,1 %
1.....	50	et	60	=	1,2 %
1.....	40	et	50	=	1,2 %
3.....	30	et	40	=	3,8 %

Ce qui donne un Q.D. moyen de 93,9 % inférieur à celui des enfants nés à terme : 98,4 % .

Parmi les enfants donnés débiles (Q.D. inférieur à 70) nous trouvons notre groupe habituel d'enfants déshérités :

- 1 mongolien
- 1 microcéphale
- 1 atrophié corticale
- 4 enfants ayant été réanimés après et convulsions
- 1 enfant à frères débiles, catégorie I
- 1 enfant sans antécédent, catégorie I

Coefficient de développement global calculé en fonction de l'âge corrigé .

4	enfants	120 et 130	5,1 %
17	"	110 et 120	22 %
26	"	100 et 110	35 %
15	"	90 et 100	19,4 %
5	"	80 et 90	6,4 %
4	"	70 et 80	5,1 %
1	"	60 et 70	1,2 %
1	"	50 et 60	1,2 %
1	"	40 et 50	1,2 %
3	"	30 et 40	3,8 %

Nous trouvons ici le même pourcentage d'enfants de coefficient de développement inférieur à 60. Il semblerait donc que chez ces prématurés la durée de la gestation ne doit pas être tenue pour unique responsable du retard observé, bien évidemment.

- Etude des facteurs susceptibles d'entraîner une variation du développement psycho-moteur .

Poids de naissance

Q. D.	PN < 1 500		1 500 < PN < 2 000		2 000 < PN < 2 500	
30 à 40			1	5 %	2	4 %
40 à 50					1	2 %
50 à 60					1	2 %
60 à 70			3	15 %	1	2 %
70 à 80			1	5 %	3	6 %
80 à 90	2	28,5 %	1	5 %	6	12 %
90 à 100	4	57 %	11	55 %	15	30 %
100 à 110	1	14,2 %	2	10 %	16	32 %
110 à 120			1	5 %	5	10 %
Totaux	7		20		50	

Les 7 enfants de PN inférieur à 1 500 g ont un coefficient de développement moyen de 92,2, pour un âge moyen de 25 mois ; 85,5 % ont un coefficient de développement inférieur à 100, soit 6 sur 7 .

Les 20 enfants de poids de naissance compris entre 1 500 et 2 000 g ont un coefficient de développement moyen de 88,6 % pour un âge moyen de 22 mois et 9 jours , 85 % de ces enfants ont un coefficient inférieur à 100 soit 17 sur 20 .

Les 50 enfants de poids de naissance compris entre 2 000 et 2 500 g ont un coefficient de développement moyen de 94,4 pour un âge moyen de 23 mois et 9 jours , 58 % de ces enfants ont un coefficient inférieur à 100 soit 29 sur 50 .

Nous pouvons conclure que les plus bas coefficients de développement se rencontrent avec une fréquence plus grande chez les enfants de petit poids de naissance.

Coefficient de développement en fonction du terme

	6		6,5		7		7,5	
30 à 40			2	6,8 %	1		1	19,5 %
40 à 50							1	12,5 %
50 à 60							1	12,5 %
60 à 70			2	6,8 %	1	3,1 %	1	12,5 %
70 à 80			2	6,8 %	1	3,1 %	1	12,5 %
80 à 90	2	25 %	3	10,3 %	4	12,5 %		
90 à 100	6	75 %	10	34,3 %	14	43,7 %	1	12,5 %
100 à 110			7	21,1 %	7	21,8 %	2	25 %
110 à 120			4	13,7 %	5	15,6 %		
Total	8		29		32		8	

Le coefficient de développement moyen des enfants nés à 6 mois est de 91,5, celui des enfants nés au huitième mois de 96,8, enfin celui des enfants dysmaturés nés au neuvième mois, de poids insuffisant est de 71.

Ce tableau fait apparaître deux faits :

- Tout d'abord, les enfants les plus prématurés ont un coefficient de développement plus faible que la normale et que celui des prématurés nés plus tardivement.

- D'autre part, que les enfants dysmaturés ont un coefficient de développement beaucoup plus faible que les prématurés, même si ces derniers sont nés au sixième mois.

- En effet nous-même trouvons un coefficient de développement de 71 c'est à dire à la limite de la débilité, et VERGER et MALLARIVE, étudiant au groupe de débiles à terme, relève que " Le coefficient de développement moyen est de 84 d'autant plus bas que le poids est faible, 26 % de ces enfants sont débiles profonds, imbéciles ou idiots ".

Les enfants de cette catégorie se répartissent comme suit :

- 1 mongolien
- 1 microcéphale
- 1 méningite néo - natale - réanimation de 10 minutes
- 1 apnée et convulsions
- 1 antécédents familiaux de débilité
- aucun antécédent 1
- syndrôme de little 1

Coefficient global et sexe

	PN ≤ 1 500		1 500 < PN ≤ 2 000		2 000 < PN ≤ 2 500	
	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon.
Nombre	3	4	12	8	22	28
Coefficient D.	97	88,5	90	85,1	95,7	93,3
Age moyen	27m 1/2	25m	23m	22m20j	23m	23m13j

Nous retenons de ce tableau que les filles ont un coefficient de développement plus grand que les garçons, mais leur âge moyen est plus élevé. Il n'y a donc rien d'anormal dans ce tableau, nous remarquons que plus la différence d'âge diminue, plus les coefficients de développement se rapprochent.

Coefficient de développement et antécédents néonataux

- Troubles respiratoires
  - + crises de cyanose
  - + apnées répétées
  - + détresse respiratoire importante

Sur les 15 enfants ayant présenté ces troubles respiratoires isolés, nous obtenons un coefficient de développement moyen de 84,6

-Troubles neurologiques

- Sur 7 enfants

5 ont convulsé (4 par méningite purulente)

2 troubles du tonus par hypertonie

Coefficient de développement moyen = 73

un âge moyen 18 mois et 10 jours mais parmi eux un mongolien à coefficient de développement 41.

- Ictère néo-nataux

1 ictère physiologique
3 incompatibilité Rh.
2 incompatibilité ABO
(bilirubine entre 160-240)

-4 de ces enfants ont été exsanguinés

-Coefficient de développement moyen = 97,5

- Age moyen 22 mois et 26 j.

Nous pouvons donc constater que les troubles neurologiques et respiratoires ont de graves conséquences quant au coefficient de développement et sont responsables des coefficients les plus bas, ce qui est très compréhensible.

Coefficient et antécédents obstétricaux :

6 enfants ont été réanimés de 5 à 10 minutes

Le coefficient de développement moyen est de 88,6, par âge moyen 22 mois 20 jours, nous retrouvons ici un débile profond avec un coefficient de développement de 38.

Coefficient de développement et antécédents anti-nataux

- métrorragie : 4 cas
- H.R.P. 4 cas
- Traitements hormonaux systématiques
- Toxémies gravidiques 9 cas
- Etats prééclamptiques 2 cas
- Terme moyen 7 mois et 10 jours
- Age moyen 23 mois et 10 jours
- Coefficient de développement moyen 94,4
- Un seul coefficient de développement est inférieur à 90, appartenant à la Catégorie I.

Il ne semblerait donc pas que la présence d'antécédents anti-nataux influe sur le coefficient de développement de l'enfant.

Coefficient de développement et catégories socio-culturelles

Coefficient de D.	Cat. I		Cat.II		Cat.III	
30 à 40			2	4,7	1	4,1
40 à 50			1	2,3		
50 à 60	1	9 %	1	2,3		
60 à 70	2	18,1%	1	2,3	1	4,1
70 à 80	1	9 %	3	7,1	2	8,3
80 à 90	1	9 %			5	20,8
90 à 100	1	9 %		47,6	5	20,8
100 à 110	5	45,4 %		21,4	6	25 %
110 à 120			5	11,9	4	16,6 %
Coefficient de D.M.		84,4		90,5		92,3

Nous constatons donc que les coefficients de développement les plus faibles se trouvent dans la catégorie la plus défavorisée, que le coefficient de développement moyen s'élève en fonction des catégories sociales.

Que la répartition est plus harmonieuse dans les catégories plus favorisées.

Cette étude semble montrer cependant, l'importance du milieu dans l'élevage du jeune enfant.

2°) - L'aspect péjoratif de l'enfant à petit poids de naissance, très prématuré ou débile à terme .

3°) - Enfin les conséquences lourdes d'un état nécessistant une réanimation immédiate du jeune prématuré.

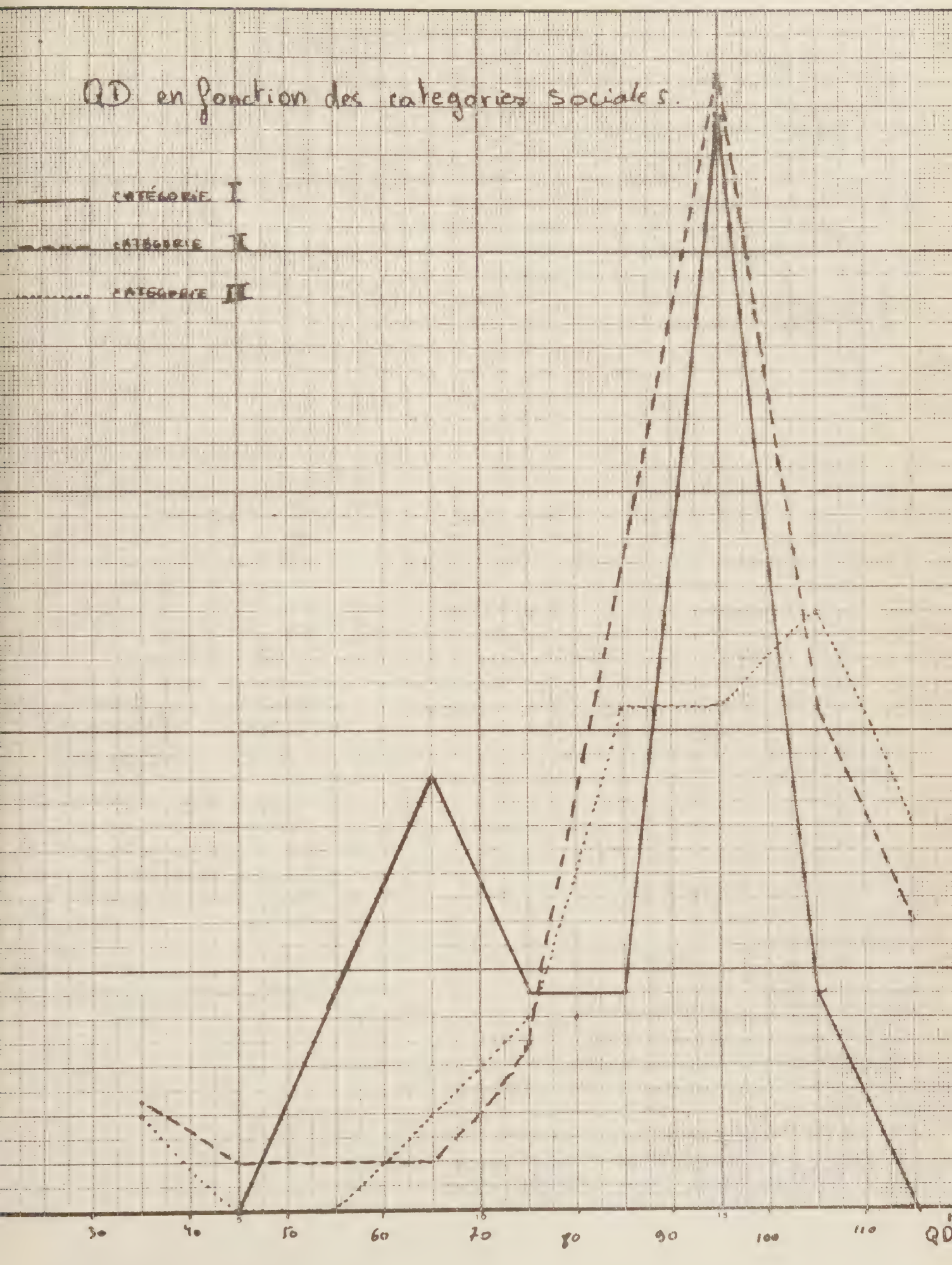
Nous avons pu établir un tableau de l'influence de l'éthylisme dans le développement des prématurés, il est cependant certains que la plus grande proportion de parents alcooliques se rencontre dans la Catégorie la plus défavorisée, où l'intoxication éthylique fourni un tout avec la dénutrition, l'analphabétisme et la désagrégation du foyer familial.

Nous n'avons d'autre part trouvé aucune différence de coefficient de développement significative entre les enfants ayant passé 1, 2 ou 3 mois dans le service.

Il faut je pense, citer ici Madame LEZINE qui conclue : " Le retard psycho-moteur perceptible dans la 1ère année va s'atténuant et, à moins d'accidents neurologiques les prématurés nés au 6 ème ou 7 ème mois rattrappent leur retard initial au cours de la de la 2 ème ou 3 ème année de vie."

Enfin tous les auteurs s'accordent à relever l'importance capitale du milieu, et ce d'autant plus que l'enfant grandit.

QD en fonction des catégories sociales.



NOTATION ET PROFIL

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de l'examen : ..... A. R. : .....

	Nombre de points	AD	QD
P			
C			
L			
S			
Total.			

Date de l'examen : ..... A. R. : .....

	Nombre de points	AD	QD
P			
C			
L			
S			
Total.			

Date de l'examen : ..... A. R. : .....

	Nombre de points	AD	QD
P			
C			
L			
S			
Total.			

Date de l'examen : ..... A. R. : .....

	Nombre de points	AD	QD
P			
C			
L			
S			
Total.			

MOIS	P		C		L		S	
	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items
30e	71		116		51		62	
	65		110					
			104		45		56	
			98					
24e	59		92		39		50	
	56		89		36			
			86		33			
			83					
21e	53		80		30		47	
	50		77		27		44	
			74		24			
18e	47		71		21		41	
	44		68					
			65		18		38	
			62					
15e	41		59		15		35	
	38		56				32	
			53					
			50					
			47					
12e	35		44		12		29	
	33		42				27	
			40					
			38					
			36					
10e	31		34		10		25	
	30		33				24	
			32					
			31					
			30					
9e	29		29		9		23	
	28		28				22	
	27		27					
			26					
8e	26		25		8		21	
	25		24				20	
	24		23					
			22					
7e	23		21		7		19	
	22		20				18	
	21		19				17	
6e	20		18		6		16	
	19		17				15	
	18		16					
			15					
5e	17		14		5		14	
	16		13				13	
	15		12				12	
4e	14		11		4		11	
	13		10				10	
	12		9					
			8					
3e	11		7		3		9	
	10		6				8	
	9		5				7	
2e	8		4		2		6	
	7						5	
	6		3				4	
	5							
1er	4		2		1		3	
	3						2	
	2		1				1	
	1							

Numéro d'ordre	Items	
		9 MOIS
81	P 1	Se tient debout avec appui.
82	P 2	Assis sans appui, enlève la serviette.
83	C 3	Soulève la tasse et saisit le cube.
84	C 4	Saisit pastille entre pouce et index.
85	C 5	Attire l'anneau par la ficelle.
86	C 6	Fait sonner la sonnette.
		QUESTIONS.
87	P 7	Mouvements de marche, soutenu sous les bras.
88	L 8	Dit un mot de deux syllabes.
89	S 9	Réagit à certains mots familiers.
90	S 10	Fait les marionnettes ou au revoir, bravo, merci.

Numéro d'ordre	Items	
		10 MOIS
91	P 1	Debout avec appui, lève un pied.
92	C 2	Retrouve jouet sous la serviette.
93	C 3	Met un cube dans la tasse ou le retire.
94	C 4	Cherche la pastille à travers le flacon.
95	C 5	Retire le rond de son trou.
96	C 6	Cherche le battant de la sonnette.
		QUESTIONS.
97	P 7	Se met debout seul.
98	L 8	Répète un son entendu.
99	S 9	Comprend une défense.
100	S 10	Boit à la tasse ou à la timbale.

Numéro d'ordre	Items	
		12 MOIS
101	P 1	Marche une main tenue.
102	C 2	Saisit le troisième cube en gardant les deux premiers.
103	C 3	Lâche un cube dans la tasse.
104	C 4	Imite bruit cuiller dans tasse.
105	C 5	Remet le rond dans son trou sur la planchette.
106	C 6	Gribouillage faible sur démonstration.
		QUESTIONS.
107	P 7	Debout, se baisse pour ramasser un jouet.
108	L 8	Dit trois mots.
109	S 9	Donne sur ordre ou geste.
110	S 10	Répète actes qui ont fait rire.

Numéro d'ordre	Items	
		15 MOIS
111	P 1	Marche seul.
112	C 2	Tour de deux cubes.
113	C 3	Remplit la tasse de cubes.
114	C 4	Introduit la pastille dans le flacon.
115	C 5	Place le rond sur ordre, dans la planchette.
116	C 6	Gribouillage sur ordre.
		QUESTIONS.
117	P 7	Monte à quatre pattes un escalier.
118	L 8	Dit cinq mots.
119	S 9	Montre du doigt ce qu'il désire.
120	S 10	Boit seul à la timbale.

Numéro d'ordre	Items	
		18 MOIS
121	P 1	Pousse du pied le ballon.
122	C 2	Tour de trois cubes.
123	C 3	Tourne les pages d'un livre.
124	C 4	Retire la pastille du flacon.
125	C 5	S'adapte au retournement de la planchette.
126	L 6	Nomme une ou montre 2 images.
		QUESTIONS.
127	P 7	Monte escalier, main tenue.
128	L 8	Dit au moins huit mots.
129	S 9	Se sert d'une cuiller.
130	S 10	Demande son pot.

Numéro d'ordre	Items	
		21 MOIS
131	P 1	Coup de pied dans ballon, sur démonstration.
133	C 2	Tour de cinq cubes.
133	C 3	Aligne cubes pour train.
134	C 4	Place sur ordre trois cubes.
135	C 5	Place carré dans son trou sur planchette.
136	L 6	Montre cinq parties du corps sur l'image de la poupée.
		QUESTIONS.
137	P 7	Descend l'escalier, main tenue.
138	L 8	Associe deux mots.
139	L 9	Demande à boire et à manger.
140	S 10	Imite actions simples d'adulte.

Numéro d'ordre	Items	
		24 MOIS
141	P 1	Coup de pied dans le ballon, sur ordre.
142	C 2	Tour de six cubes.
143	C 3	Essaie de plier le papier en deux.
144	C 4	Imite un trait.
145	C 5	Place trois morceaux sur la planchette.
146	L 6	Nomme deux ou montre quatre images.
		QUESTIONS.
147	P 7	Monte et descend seul l'escalier.
148	L 8	Phrases de plusieurs mots.
149	L 9	Se nomme par son prénom.
150	S 10	Aide à ranger ses affaires.

Numéro d'ordre	Items	
		30 MOIS
151	P 1	Essaie de se tenir sur un pied.
152	C 2	Tour de huit cubes.
153	C 3	Pont de trois cubes.
154	C 4	Imite trait vertical et horizontal.
155	C 5	S'adapte au retournement de la planchette, trois morceaux.
156	L 6	Nomme cinq ou montre sept images
		QUESTIONS.
157	P 7	Porte verre d'eau ou objets fragiles
158	L 8	Emploie pronom « Je ».
159	S 9	Met ses chaussons.
160	S 10	Est propre la nuit.

PROFIL

Sur nos enfants :

9 présentait un retard postural dominant dont 2 ont un coefficient de développement inférieur à 40.

1 présentait ≠ de Little

18 ont un retard d'adaptation aux objets et des troubles de la coordination.

38 ont un retard de langage domiant.

Ici nous retrouvons la presque totalité de la Catégorie I.

8 ont une mauvaise adaptation sociale.

4 enfants seulement ont un profil concordant.

Il est important ici de faire quelques remarques :

Sur les 18 enfants ayant un retard d'adaptation aux objets, 6 étaient arrêtés par le fait qu'ils voyaient ces objets pour la première fois, en effet,

4 n'avaient jamais vu de cubes,

3 n'avaient jamais vu de livres d'images

1 n'avait jamais possédé le moindre jouet, cet enfant laissé à l'abandon dans la ferme familiale ne connaissait même pas un ballon. Le seul animal qu'il reconnut était le chien, à l'interrogatoire poussé de la mère, totalement illétrée, il apparaissait que cet enfant vivait dans la cour de la ferme sans aucune surveillance et sans aucune attention de la famille. Il s'agirait d'une famille de métayers d'un petit hameau situé en dehors de toute voie de communication. La catégorie sociale était la plus basse, aucun confort, aucune hygiène.

Parmi les enfants à retard de langage dominant une classification nette s'imposait entre familles possédant ou non la télévision, l'appareil qui d'ailleurs influe sur tout le côté relation avec l'extérieur des jeunes enfants. Ainsi sur les 38 enfants - 30 ne bénéficiaient pas des " bienfaits " des procédés audio-visuels. Il est remarquer la plus grande avance des enfants regardant la télévision, à l'examen.

Enfin, un fait particulier à la région est à noter, il s'agit de l'infériorité sensible des enfants de l'île de Groix auxquels il faut ajouter les enfants nés à Gavres, cul de sac en pleine mer, 1 seule voie d'accés, dans le développement des relations avec autrui, tant sur le plan du langage que sur le plan de l'adaptation sociale. Ainsi, sur les 15 enfants dans ce cas, 14 présentaient un développement postural et adaptatif équivalent aux prématurés " terriens " mais un développement du langage et sociale inférieur.....
Peut-être faut-il voir là la conséquence de la vie insulaire ? bien que ces enfants soient tous de la Catégorie sociale I ou II.

Enfin, un dernier mot sur le problème des jumeaux dans notre étude entraient 7 groupes de jumeaux , sur ces 7 groupes d'enfants, 6 présentaient un développement sociale plus élevé que les enfants non jumeaux, dans le cas du 7 ème groupe l'un des enfants était débile microcéphale.

L'interaction d'un jumeau sur l'autre provoquait une stimulation plus grande que l'élevage d'un enfant par sa famille.

- CONCLUSION -

-:-:-:-:-

Au terme de l'étude de ce groupe de prématurés du Centre Hospitalier de LORIENT, nous pouvons tirer quelques renseignements.

I - Pourcentage de prématurés

a - Nous constatons que le pourcentage de prématurés du Centre Hospitalier est équivalent à celui d'autres régions et particulièrement, à celui des grands centres parisiens.

b - L'importance relative des différentes catégories socio-culturelles joue cependant dans la répartition des enfants. Dans notre région, nous notons plus de familles classées dans la Catégorie I, la plus défavorisée.

c - L'influence des moyens mis en oeuvre pour la survie des nouveaux nés, est de la plus grande importance. L'effort considérable consenti pour diminuer le temps de latence entre la venue au monde et son damission au centre, ainsi que la survie plus fréquente des enfants en détresse respiratoire, grâce aux techniques actuelles, nous permettent d'envisager l'avenir avec une plus grande assurance.

II - Bilan du développement psycho-moteur

a - Mais à quel prix seront ces progrès ?

Actuellement nous constatons que le coefficient de développement des enfants ayant présentés des troubles néo-nataux est plus faible. Et ce avant le progrès des techniques de réanimation et du transport. Nous ne possèdons aucunes statistiques sur le développement ultérieur des enfants ainsi réanimés ; il semble toutefois que le développement psycho-moteur en soit amélioré

b - Enfin notons l'influence déterminante du milieu familial dans le développement du prématuré. En effet, le coefficient de développement des enfants déshérités est toujours inférieur dans notre travail, à celui des catégories plus privilégiées.

Le seul remède à ce problème, outre la necessité des consultations régulières des anciens prématurés, réside dans l'amélioration du niveau socio-culturel de notre région, condition indispensable à la réalisation de nos travaux.

RESUME DES DONNEES

-:-:-:-:-:-:-

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
1 Mel.	1720 g	7 mois	prim.	62	22 mois	11,7	0	84 cm
2 Gui.	1680 g	8 mois	3e	47	21,5 mois	10,5	-5	82,5 cm
3 Mar.	2160 g	7 mois	3e	35	22 mois	10,5	-4	81 cm
4 Men.	2000 g	8 mois	3e	45	22 mois	8,9	-6	75 cm
5 Men.	2140 g	7 mois	prim.	37	22 mois	11	-1	80 cm
6 Lau.	2160 g	8 mois	prim.	42	22 mois	10,5	-14	85 cm
7 Eli.	2120 g	7,5 mois	prim.	42	22 mois	12,8	+3	87 cm
8 Le Pu.	2500 g	9 mois	2e	11	22 mois	7,9	-16	75 cm

ériètre rânien	Age de la marche	Age du développement	Coefficient de développement	Profil	Antécédents Anté-Nataux	Antécédents Néo-Nataux	Antécédents Ultérieurs	Catégorie Socio-Culturelles
48	15 8	24,3	110 20-121	65 27 98 25,15 30 21 50 24 0	césarienne pour éclampsie H.R.P H.T.A++		Diarrhée A coli. Angine Oreillons	III
48	15 10	20,4	95 20,5-99	53 21 77 20 27 20 47 21 0	Toxémie gravidique Fausse Couche			I
48	17 9	24,3	110 20-121	56 22,15 104 27 33 22 50 24 0				II
47	19 15	22,5	102 21-107	56 22,15 92 24 27 20 50 24 0	Accouchement à domicile	Souffle systolique cyanose	Cardiopathie CIV	I
48	13 5	24,6	110 20-113	65 27 98 25,15 39 24 44 19,15 0			Pneumonie	II
49	14,5 5	24,6	110 21-117	65 27 98 25,15 33 22,15 50 0	HTA 16/10	Réanimation 1/2 heure pour méningite purulente		III
0	14 9	21	95 20,5-102	53 21 77 20 30 21 50 24 0	Vomissements incohersibles R.P.P des eaux 8 jours avant	Mongolisme		II
4	Ne marche pas 12	9,2	41 22	30 9,17 27 8,14 8 8 27 11 0		Méningite 320		II

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
9 Her.	2400 g	8 mois	4e	27	21 mois	9,9	-10	75 cm
10 Her.	1880 g	8 mois	4e	41	21 mois	10	- 4	79 cm
11 Clo.	1960 g	8 mois	7e	52	21 mois	7,7	- 8	70 cm
12 Mar.	2500 g	7,5 mois	2e	36	21 mois	12	+ 3	82 cm
13 Que.	1760 g	7 mois	3e	44	21 mois	13	+ 4	87 cm
14 Pla.	2280 g	8 mois	3e	36	22 mois	11,15	+ 2	83 cm
15 Hen.	2100 g	8 mois	1er	40	21 mois	9,380	+13	80 cm
16 Con.	2060 g	7,5 mois	3e	45	21 mois	10,2	+ 3	78 cm

Péri-mètre crânien	Age de la marche	Age du développement	Coefficient de développement	Profil	Antécédents Anté-Nataux	Antécédents Néo-Nataux	Antécédents Ultérieurs	Catégorie Socio-Culturelles
47	15 7	23,4	111 20-117	56 22,15 92 24 30 21 56 27 0	Jumeau	2 soeurs et 5 frères		II
47	14	22,5	104	59 24 92 24 27 20 47 21	Jumeau	Diarrhée à cdi III Bj		
44	19	14,5	69	41 15 62 15,2 12 12 32 13,15	2 enfants débiles.			I
50	13	21,8	104	56 22,15 86 21,14 30 21 47 21	Vertiges	Cyanose Membranes hyalines Diarrhée cdi 127 B8	Diarrhées	III
50	18	19,8	94	53 21 80 21 15 15 50 24	Grossesse difficile	Séparé 6 mois de sa mère	Rubéole laryngites	II
47	17	23	107	59 24 92 24 36 23 50 24	Césarienne pour la 2 ème grossesse	Réanimé 5 mm	Leiner Moussus	II
47	15	20,4	97	56 22,1 74 19 30 21 44 19,15	Vomisements incoercibles		Coqueluche	II
48	14	14,6	69	50 19,15 62 15,22 12 12 32 13,15	Grossesse gémellaire		Varicelle	II

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
17 Con.	2100 g	7,5 mois	3e	45	21 mois	12,2	+ 7	82 cm
18 Mau.	2400 g	6,5 mois	2e	30	21 mois	9,6	-13	80 cm
19 Con.	2300 g	7,5 mois	1er	31	20 mois	11	- 3	81 cm
20 Gui.	1630 g	7,5 mois	4e	40	21 mois	10,8	- 5	81 cm
21 Cad.	1700 g	8 mois	1er	49	20 mois	9	+ 8	82 cm
22 Bou.	2080 g	8 mois	1er	33	20 mois	10,8	- 7	85 cm
23 Le Ba.	2000 g	7 mois	2e	40	19,5 mois	11	+ 3	80 cm
24 Le Be.	2500 g	8 mois	8er	26	20 mois	11,4	+ 2	82 cm

éri-ètre crânien	Age de la marche	Age du dévelop-pement	Coeffi-cient de dévelop-pement	Profil	Antécé-dents Anté-Nataux	Antécé-dents Néo-Nataux	Antécé-dents Ul-térieurs	Catégorie Socio-Cultu-relles
51	15	16,5	73	50 19,15 68 17, 6 15 15 32 13,15	Grossesse gémellai-re		Varicelle	II
46	17	20,4	97	56 22,15 83 21,22 24 18 44 19,15	Pleurésie tubercu-leuse		Rougeole	I
49	13	23,1	115	59 24 92 21 30 24 50 24	Traitement hormo-nal pour avorte-ment à ré-pétition	Ictère néo-natal bilirubine 240	Fracture du crâne	II
48	14	19,8	94	56 22,15 77 20 21 18 44 19,15	Coliba-cillose	Ictère bilirubine 175 Hypo-thermie		II
46	ne mar-che pas	18,6	90	47 18 74 19 21 18 44 18,15	Siège Césarien-ne Albumine	Apnée Hypertonie Convulsions Little	Cécité oeil gauche	III
49	12	23,7	118	65 27 82 21,22 33 22 50 24	Traite-ment Pro-gestérone 1er tri-mestre			III
47	14	18,6	94	47 18 74 19 24 19 41 18		Troubles respiratoi-res		II
48	13	19,5	97	50 19,15 71 18 27 20 47 21		Détresse réspiratoire Membrane hyaline type I Ictère	Pneumo-pathie ai-gue altélecta-sie ?	II

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
25 Ach.	2320 g	8 mois	1er	30	21 mois	12,8	+12	81 cm
26 Ker.	1480 g	7,5 mois	2e	74	20 mois	8,5	-10	75 cm
27 Ber.	1800 g	7 mois	1er	52	20 mois	12	+20	77 cm
28 Yhu.	2280 g	9 mois	1er	33	19 mois	10,4	+ 3	78 cm
29 Sai.	1490 g	6,5 mois	2e	76	19 mois	10,8	- 8	83 cm
30 Le Mo.	2320 g	8 mois	1er	32	18 mois	11	+ 5	78 cm
31 LeRo.	2060 g	7,5 mois	1er	51	24 mois	11	0	82 cm
32 LeRo.	2000 g	7,5 mois	4e	34	24 mois	10	- 9	70 cm

éri-ètre rânien	Age de la marche	Age du dévelop-pement	Coeffi-cient de dévelop-pement	Profil	Antécé-dents Anté-Nataux	Antécé-dents Néo-Nataux	Antécé-dents Ul-térieurs	Catégorie Socio-Cultu-relles
50	16	19,4	92	50 19,15 80 21,22 27 20 50 24	Mère très fatiguée	Diarrhée O III B 4		III
46	20	21	105	56 22,15 71 78 24 19 44 29,15	Césarienne gros-sesse au lit	Souffrance foetale Membrane hyaline	Rubéole	III
47,5	16	19,5	97	53 21 71 18 27 20 41 18		2 apnées	vit chez sa grand-mère	II
50	13	19,2	101	56 22,15 65 11,14 21 18 41 18	Pleuré-sie tu-bercu-leuse	Mémingite purulente		II
50	16	18,3	96	53 21 77 20 21 18 47 21	Liquide teinté Hémor-ragie 1er tri-mestre			III
48	14	19,8	110	50 19,15 80 21 27 20 47 21	RPP Eaux 1 mois avant terme		Impétigo	III
46	18	25,2	104	65 27 98 25 39 24 50 24	Chute avant accou-chement	Exsanguino Apnées Convulsions	Rougeole	II
49	13	24,3	101	65 27 92 24 36 23 50 24	Toxémie gravidi que		Angines	II

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
33 Hui.	2140 g	8 mois	3e	68	24 mois	12	+ 1	83 cm
34 LeBo.	1600 g	6,5 mois	2e	60	23 mois	12,2	+ 6	83 cm
35 Gui.	1720 g	6,5 mois	3e	29	23 mois	11	- 6	85 cm
36 Sal.	2180 g	8,5 mois	2e	29	23 mois	10,7	- 7	83 cm
37 Gue.	2240 g	8 mois	3e	9	22,5 mois	12,8	+ 1	84 cm
38 LeLo.	2500 g	8 mois	4e	51	23 mois	10	-15	88 cm
39 Rau.	1600 g	7 mois	4e	27	23 mois	11	+ 2	83 cm
40 All.	2400 g	8 mois	4e	5	22 mois	6,2	-23	80 cm

ri-re nien	Age de la marche	Age du développement	Coefficient de développement	Profil	Antécédents Anté-Nataux	Antécédents Néo-Nataux	Antécédents Ultérieurs	Catégorie Socio-Culturelles
2	15	22,8	99	65 27 80 21 33 23 50 24		Anémie		II
8	15	20,7	- 90	65 27 37 20 15 15 50 24		Hypertonie Trémulations		I
9	17	22,8	99	65 27 80 21 36 23 47 21		Cyanose Membrane hyaline		II
7	16	21	92	59 24 80 21 24 19 47 21	RPP Eaux 8 jours avant accouchement	Inondation Alvéolaire		I
7	15	21,9	95	53 21 83 21,22 33 22 50 24	Inf. urinaire Accouchement après voyage	Réanimé 1 mn	Troubles de la marche Strabisme cécité oeil droit	III
8	20	17,4	75	56 23,15 59 15 18 16,15 41 18				II
2	15,5	24,3	110	65 27 89 23,6 33 22 56 27	Toxémie gravidique H.T.A.			II
4	Ne marche pas		33	23 7 23 7,14 8 8 18 6,20		Réanimé 10 mm Méningite	IMC	III

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
41 Zeo.	2200 g	7,5 mois	1er	31	26 mois	12,450	0	88 cm
42 Le Di.	1680 g	7 mois	3e	74	25 mois	10,5	- 2	79 cm
43 Gui.	2500 g	8 mois	2e	59	25,5 mois	13,5	+ 9	87 cm
44 Le Que	1540 g	8 mois	2e	59	24,5 mois	10	- 1	78 cm
45 Ral.	1500 g	6,5 mois	2e	49	25 mois	9,5	- 9	78 cm
46 Eve.	2160 g	9 mois	3e	44	23,5 mois	9,3	-13	80 cm
47 Jaf.	2300 g	7,5 mois	1er	26	24 mois	13	+ 4	86 cm
48 Bel.	2500 g	7,5 mois	2e	31	24 mois	11	- 9	85 cm

ri-tre ânien	Age de la marche	Age du dévelop-pement	Coeffi-cient de dévelop-pement	Profil	Antécé-dents Anté-Nataux	Antécé-dents Néo-Nataux	Antécé-dents Ul-térieurs	Catégorie Socio-Cultu-relles
47	13	27	103	71 30 104 27 45 27 50 24	Mère béance Isthmique	Réanimé 10 mm	Coqueluche	III
48	20	16,1	64	53 21 56 14,2 12 12 41 18			Strabisme	I
50	14	25,2	98	59 24 98 25,15 39 24 56 27	Césa-rienne	Coxa Valga	Otites	II
43	16	24	97	59 24 92 24 39 24 50 24			Strabisme Varicelle	II
48	18	23,9	95	65 27 92 24 36 23 56 27	Métror-ragie 1er tri-mestre			II
44	20	13,9	54	47 18 42 11,8 15 15 35 15		Convulsions Apnée		I
49	15,5	24,9	103	65 27 98 25,15 36 23 50 24		Inf. Urinaire Klebsiella	Hernie inguinale droie	III
47	14	25,8	107	65 27 98 25,15 39 24 56 27	Fibrome			III

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
49 Gui.	2400 g	9 mois	2e	20	24 mois	9,5	- 2	76 cm
50 Guy.	1750 g	7 mois	2e	19	24 mois	12,8	+ 4	85 cm
51 LeMu.	2250 g	8 mois	1er	37	27 mois	10,4	-13	86 cm
52 Mar.	2060 g	8 mois	1er	43	27 mois	11,6	- 8	87 cm
53 LeTa.	2180 g	8 mois	2e	33	27 mois	12,710	0	88 cm
54 Per.	1760 g	8,5 mois	2e	55	27 mois	10,7	-19	91 cm
55 Le Cal.	2360 g	7,5 mois	1er	41	26 mois	12	- 2	85 cm
56 Der.	1600 g	9 mois	1er	59	26 mois	6,10	-13	68 cm

ériètre crânien	Age de la marche	Age du développement	Coefficient de développement	Profil	Antécédents Anté-Nataux	Antécédents Néo-Nataux	Antécédents Ultérieurs	Catégori Socio-Culturelles
48	Ne marche pas	18	75	41 15 80 21 15 15 44 19,5	Traitement hormonal			I
49	13	20,4	89	59 24 74 19 24 19 47 21	Accouchement à domicile			II
48	12	27	100	65 27 104 27 45 27 56 27		Cyanose	Otite Laryngite	II
49	10	28,8	106	71 30 110 28,15 45 27 62 30	Albumine			III
49	16	26,1	95	71 30 104 77 36 13,2 56 17	Accouchement à domicile sans médecin	Apnée Cyanose Membrane hyaline Ictère	Rougeole	II
47	12	26,7	99	65 27 98 15,15 51 30 50 24		Ictère 240mg Exsanguiné Incompatibilité ABO		II
51	13	26,4	101	65 27 59 15 21 18 38 16,15	Hémorragie Maladie du col		Diarrhée Bronchites	III
36	15	18	69	65 27 59 15 21 18 58 16,15	Accident de voiture Fracture bassin à 6ème semaine	Microcéphalie Microdactytre Fente palat.	Rhino-pharingite	III

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
57 Bau.	1500 g	7 mois	2e	73	26 mois	12	+ 5	84 cm
58 Jar.	2280 g	8 mois	2e	43	26 mois	11	- 6	83 cm
59 Tan.	2360 g	7,5 mois	1er	35	26 mois	13	+ 6	85 cm
60 Le Lo.	2150 g	8 mois	1er	40	26 mois	13	+ 6	87 cm
61 Gar.	2250 g	7,5 mois	1er	52	28 mois	11,8	-11	90 cm
62 Le Bri	1000 g	6 mois	6e	93	29 mois	11	- 9	90 cm
63 Tom.	2220 g	8 mois	3e	22	28,5 mois	13	+ 3	87,5 cm
64 Le Bai	2250 g	8,5 mois	1er	27	28 mois	13	0	89 cm

Péri-mètre crânien	Age de la marche	Age du dévelop-pement	Coeffi-cient de dévelop-pement	Profil	Antécé-dents Anté-Nataux	Antécé-dents Néo-Nataux	Antécé-dents Ul-térieurs	Catégori Socio-Cultu-relles
49	19	24,9	95	59 24 104 27 36 22 50 24	HPP	Réanimé 2 mm	Luxation de la hanche droite	II
51	17	24,6	94	65 77 98 15,15 33 23 50 24			Diarrhée 055 B5	II
50	14	25,8	99	71 30 92 24 39 24 56 17	Albumine		Bronchite Otite Coqueluche	I
49	15	23,5	91	71 30 83 21,2 33 21 50 24				III
50	Ne marche pas	10,4	37	29 9 38 10,24 12 12 25 10	Toxémie gravidique H.T.A. 21-10 césarienne	Convulsions atrophie corticale		II
47	17	26,4	91	71 30 92 24 39 24 62 30	G.E.U siège	Membrane hyaline	Otites	III
52	18	23,7	83	65 27 86 22,14 30 21 56 27			Rougeole	III
50	13	24,4	87	65 27 110 28,15 39 24 50 24	Eclampsie		Hernie inguinale	III

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
65 Lam.	2160 g	8,5 mois	3e	38	28 mois	12	- 1	86 cm
66 Mar.	2450 g	7,5 mois	2e	33	28 mois	14	+ 5	90 cm
67 Bau.	1500 g	6,5 mois	2e	68	28 mois	11	- 9	84 cm
68 Bau.	1500 g	6,5 mois	2e	68	28 mois	11	-10	85 cm
69 Cae.	2260 g	8,5 mois	2e	32	28 mois	12	- 9	80 cm
70 Gui.	2300 g	9 mois	1er	44	28 mois	10,5	-13	84 cm
71 Ker.	2330 g	7,5 mois	2e	37	19 mois	10,1	+ 6	75,5 cm
72 Bre.	1800 g	7 mois	2e	49	18 mois	10,9	+ 2	79 cm

...ri-mètre crânien	Age de la marche	Age du développement	Coefficient de développement	Profil	Antécédents Anté-Nataux	Antécédents Néo-Nataux	Antécédents Ultérieurs	Catégorie Socio-Culturelles
49	15	26,4	94	65 27 104 27 39 24 56 27			Varicelle	II
51	17	25,5	91	65 27 104 27 36 22 50 24	Malformation utérine cerclage	Angiome Tubereux		III
49	10,9	23,1	82	59 24 83 21,22 39 24 50 24				III
48	10,9	23,1	82	59 24 83 21,22 39 24 50 24		Détresse respiratoire pneumopathie		III
48	17	24	85	56 22,15 98 25,15 39 24 47 21			Pied bot gauche	II
48	18	27	96	65 27 98 25,15 45 27 62 30			Pieds bots Rougeole	II
46	Ne marche pas	16,2	83	38 13 68 15 21 17 35 16	Cirrhose maternelle	Incompatibilité ABO Exsanguino		I
48	17	17,7	90	47 18 68 17 21 18 41 18	Cystite		Angines	II

Obs.	Poids de naissance	Terme	Fratrie	Durée du Séjour au C.de P.	Age actuel	Poids	Poids abaque	Taille
73 Beu.	2060 g	8,5 mois	1er	42	18 mois	9,9	0	77 cm
74 Lem.	2030 g	8 mois	1er	47	18 mois	12	+ 4	82 cm
75 Len.	2140 g	7,5 mois	1er	32	18 mois	10,5	- 2	79 cm
76 Le BA	2300 g	9 mois	1er	27	23 mois	11,05	+ 4	80 cm

Péri-mètre crânien	Age de la marche	Age du développement	Coefficient de développement	Profil	Antécédents Anté-Nataux	Antécédents Néo-Nataux	Antécédents Ultérieurs	Catégorie Socio-Culturelles
46	13	18,9	105	50 19 74 19 24 19 44 19,15	Rupture prématurée de la poche des eaux 8 jours			II
50	11	17,4	96	53 21 62 15,22 18 16,15 41 18	R.PP des eaux 15 jours			II
46	11	18,3	101	50 22 74 19 21 18 38 16,5	Hémorragies			III
49	18	23,4	101	65 27 89 23,6 30 21 50 24	Fumeuse		Otites Rhino-pharyngite	II

BIBLIOGRAPHIE

1- AHVENAINEN E.K. et KUNNAS M. : Mortality of premature infants by distance of transportation, place of delivery and urban versus rural origin. In Annales Paediatriae Fenniae, Helsinki, 1963, 9, n° 2 pp. 96-112, tabl. Bibliog. p. 112

2- AHVENAINEN E.K. : The role of infection in the mortality of premature infants. Annales Paediatriae Fenniae, Helsinki, 1964, 10, n° 4, pp. 243-252, tabl. Bibliog. pp. 251-252.

3- ALISON F. : Importance médico-sociale de la prématurité et organisation de son traitement. Revue du Praticien, T 17, n° 5, Fév. 1967.

4- ALISON F. : Les infections u Prématuré. La revue du Praticien, T 17, n° 5, février 1967, pp. 617-623.

5- APGAR et Collaborateurs : Evaluation of the newborn infant. Second report, Jama, 1958, 168, 1985.

6- Madame SAINT ANNE D'ARGASSIE : Détermination neurologique de l'âge foetal néo-natal. Journées parisiennes de Pédiatrie 1970.

7- AVERY M.E. and OPPENHEIMER E.H. : Recent increase in mortality from hyaline membrane disease. J. Pediat. 57 : 553, 1960.

8- BISHOP E.H. : Volume du coeur maternel et prématurité J.A.M.A., 1964, 187, 500-502.

9- BETHENOD M., MAGNIN P., NIVELON J.L., MESTRALLET A., : Prophylaxie de l'infection du nouveau-né. 21e Congrès des Pédiatres de langue française, Juillet 67, Paris, Tome III des Rapports, pp.628-684.

10-LE BOZEC R. : Particularités de la pathologie et de la thérapeutique du prématuré. La clinique n° 627, Janvier 1967, pp. 43-47.

11- CREGUT R., POULAIN M., ANDRE R. : La prévention de l'Iso-immunisation Rhésus. Presse Médicale 1968, 76, 26, 1253.

12- DUBOIS O. : Principes généraux de l'élevage des Prématurés. La clinique n° 627, Janvier 1967, pp. 25-39.

13- DUCAS P. : La prévention de l'ictère nucléaire du prématuré. Revue du Praticien, T 17, n° 5, Février 1967, pp.605-613.

14- ESPINAS J. : Les hémorragies cérébro-méningées du prématuré. La revue du Praticien, T 17, n° 5, Février 1967, pp.645-651

15- GILLOT F. : Etiologie et prophylaxie de la prématurité. La revue du Praticien, T 17, n°5, Février 1967, pp.555-562.

16- GRISLAIN J.R., MAINARD R., de BERRANGER B. et BRELET G. La respiration du prématuré et ses troubles : La Revue du Praticien, T 17, n°5, Février 1967, pp. 565-580.

17- LELONG M. : Définition, critères et fréquence de la prématurité. Sem. Hôp. Paris, 1951, 27, p.2937-2976.

18- LELONG M., JOSEPH R., CANLORBE P. et SCHOLLER R. : Une nouvelle méthode de représentation graphique de la croissance. Presse Médicale 1954, 33, 701-704.

19- LEPAGE, SUREAU et HELBERT : Etude clinique du pronostic foetal dans les états pardiabétiques. Bull. de la Société de Gynécologie Obstétrique, 1962, 15/1, 255-258.

20- MARIALE P. et GUERRA F. : Rapport entre le volume cardiaque des femmes enceintes et la naissance des enfants prématurés. Clin. Ost. Gin. 1962, 64, 113-128.

21- MARTIN Cl. : Le réchauffement des prématurés et les incubateurs. La Revue du Praticien, T 17, n° 5, Février 1967, pp. 583-589.

22- MAYER M. : Aspects législatifs et administratifs de la thérapeutique prophylactique et curative des accouchements prématurés. Bull. de la Société de Gynéco-Obstr. 1963, 15/1, 211-228.

23- MICHELIN J. : L'alimentation des prématurés. Revue du Praticien, T 17, n° 5; Février 1967, pp. 591-603.

24- MINKOWSKY A. L'avenir du prématuré. Revue de neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance, n° 4-5, Avril-Mai 1964, p.263.

25- NARBOUTON R. : L'avenir du prématuré. La revue du Praticien, T 17, n° 5, Février 1967, PP 653-661.

26- NEZELOF C. et ROUSSEL A. : Le placenta des prématurés. Etude de 75 cas. Sem. Hôp. Paris, Sept. 1954, 30, n° 56/57, 3, 3163, 3167, p.151.

27- PAPIERNICK - BERKAUERM : Mise au point d'une évaluation chiffrés du risque d'accouchement prématuré. Pres. Méd. 77, n° 21, 26 avril 1969, 793-794.

28- PERNOT M.P. - ROY : Etude longitudinale sur la croissance de l'enfant. Archives Françaises de Pédiatrie. Tome XVI, n°2-1959, pp. 202-214.

29- ROSSIER A. : Le syndrome des membranes hyalines. Annales Nestlé n° 45, p.3.

30- ROSSIER A. : Prématurité et débilité congénitale. Pédiatrie Tome I, Collection médico-chirurgicale. Mise à jour 1963, pp. 79-97. Editions Médicales Flammarion, Paris.

31- ROSSIER A. : Prématurité. E.M.C. 1959, 4002, S10.

32- ROSSIER A. : Physiopathologie de la prématurité. La revue du Praticien, 17, n° 5, Février 1967, pp. 454-553.

33- ROSSIER A., COURTOIS M., MOREUX M. : L'enfant né de mère atteinte de toxémie gravidique. Semaine des Hôpitaux , Paris, Annales de Pédiatrie, 1961, 37, n°21/4, 14 avril, pp. 1257/P.193 - 1260/P.196, Bibliog. P. 1260/P.196.

34- RUAULT Ph. : Circonstances étiologiques des naissances avant terme au centre des Prématurés de RENNES ces cinq dernières années. Rennes 1967.

35- SENECAL J. : Le service des prématurés. Son utilisation pour l'enseignement de pédiatrie. Revue CHU Rennes, n° 10, 1963, P.63.

36- SUREAU Cl. : L'accoucheur face aux problèmes de la prématurité. La revue du Praticien, T 17, n° 5, Février 1967.

37- VAN DEN BERG B.J. et YERUSHALMY J. : The relationship of the rate of intrauterine growth of infants of low birth weight to mortali morbidity and congenital anomalies. Journal of Pediatrics, St-Louis 1966, 69, n° 4, October, pp. 531-545, tabl. graph., Bibliog., pp. 544-545.

38- de WATTEVILLE H., VIOLET B. et BEGUIN F. : Les facteurs médico-sociaux dans l'étiologie de l'accouchement prématuré. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1963, 15, 1973-196.

39- YERUSHALMY J. (et al.) : Birth weight and gestation as indices of "immaturity ". Neonatal mortality and congenital anomalies of the " immature ". American Journal of diseases of children, Chicago, 1965, 109, n° 1, January, pp.43-57, tabl. graph. Bibliog. p. 57.

40- SOEUR M. : Etude du développement pendant les 2 premières années de la vie des enfants né " Prématurés ". Thèse Rennes 1971.

41- BOGUAIS M-T. : Considérations sur le développement du Prématuré de 0 à 3 ans. Thèse Rennes 1965.

42- LEZINE I.: Le développement psycho-moteur des jeunes prématurés. Etude Néo-natales Volume VII n° 1.

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE

Pr P.ROYER

VU LE DOYEN DE LA FACULTÉ

H. JEROME

Vu le Permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET